

患者紹介状（診療情報提供書）

年 月 日

横浜口腔インプラントセンター・木津歯科

〒231-0015 神奈川県横浜市中区尾上町 5-77-2

馬車道ウエストビル 2F

TEL: (045)662-1511 FAX: (045)662-1777

医療機関名

所在地

電話番号 () ー

FAX番号 () ー

_____先生

医師名 _____^①

下記の患者をご紹介申し上げます。宜しくご配慮の程お願いいたします。

フリガナ								
患者氏名	殿 性別：男・女							
生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 (歳)								
紹介目的								
<input type="checkbox"/> 骨移植術	<input type="checkbox"/> 顎堤形成術 <input type="checkbox"/> 上顎洞底挙上術 <input type="checkbox"/> その他 () (<input type="checkbox"/> 自家骨のみ <input type="checkbox"/> 場合により人工骨も可能) 部 位 (○で囲んで下さい)							
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">骨移植を必要とされる部位</td> <td style="text-align: center;">予定されるインプラント埋入部位</td> <td rowspan="3" style="text-align: center; vertical-align: middle;"> 予定埋入本数 () 本 </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8</td> <td style="text-align: center;">8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8</td> <td style="text-align: center;">8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8</td> </tr> </table>	骨移植を必要とされる部位	予定されるインプラント埋入部位	予定埋入本数 () 本	8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8	8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8	8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8	8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8
骨移植を必要とされる部位	予定されるインプラント埋入部位	予定埋入本数 () 本						
8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8	8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8							
8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8	8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8							
<input type="checkbox"/> インプラント治療	<input type="checkbox"/> インプラント埋入手術 + 補綴治療 <input type="checkbox"/> インプラント埋入手術のみ 部位 (インプラント治療ご希望部位を○で囲んで下さい。) <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8</td> </tr> </table>	8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8	8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8					
8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8								
8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8								
コメント								
既往歴								
感染症： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()								
貸し出しレントゲン								
<input type="checkbox"/> あり： <input type="checkbox"/> デンタル <input type="checkbox"/> パントモ <input type="checkbox"/> CT 返却： <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> なし								