

患者紹介状（診療情報提供書）

日高歯科クリニック
 日高オッセオインテグレーション・インプラントセンター
 〒212-0027
 神奈川県川崎市幸区新塚越201
 ルリエ新川崎3F
 TEL:044-522-1580 FAX:044-549-4894

医療機関名

所在地

電話番号

FAX番号

_____先生

医師名 _____印

以下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 (○で囲んでください)					
		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		予定埋入本数	
		87654321 12345678		87654321 12345678		() 本	
		87654321 12345678		87654321 12345678			
<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。) 87654321 12345678 87654321 12345678					
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"/> なし <input type="checkbox"/> あり: <input type="checkbox"/> デンタル <input type="checkbox"/> パントモ <input type="checkbox"/> CT							