

# 紹介状

(顕微鏡歯科外来)

愛知学院大学歯学部附属病院

平成 年 月 日

顕微鏡歯科外来

(名刺を貼付していただいても結構です)

( \_\_\_\_\_ 宛)

所在地

医療機関名

電話番号

( \_\_\_\_\_ )

FAX番号

( \_\_\_\_\_ )

メールアドレス

\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

歯科医師名



下記の患者さんを紹介します。

フリガナ		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 ( 歳)	男・女
患者氏名				

部位及び診断名

急性症状 あり なし

紹介目的

診査

破折診査

セカンドオピニオン

処置

根管処置

穿孔部封鎖

根管内破折器具除去

手術

外科的歯内療法 (具体的に\_\_\_\_\_)

その他

\_\_\_\_\_ (具体的にご記入願います)

既往歴及び家族歴

症状経過及び検査結果

治療経過

現在の処方 (有 無)

備考 当院での治療終了後、貴院での継続治療希望 (有 無)

備考

- 宛先の歯科医師があれば、ご記入願います。
- 画像診断のファイル、検査の記録等があれば、添付して下さい。
- 顕微鏡歯科外来では、保険診療は行いません。また、初診は完全予約制です。