診療情報提供書(Ⅰ) 歯 → 医（歯科検診返事）

　　　　　　　　　　　　　病院・医院・クリニック

　　　　 科　　　　　　　　　　　殿

平成　　年　　月　　日

　　　　　　　　　報告医療機関の所在地及び名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　 　歯科医師氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印

|  |
| --- |
| フリガナ：  患者氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　性別　　男　・　女  生年月日　明・大・昭・平　　　　年　　　月　　　日（　　　歳） |
| 病名　　□齲歯　□歯周炎　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ◦上記患者に対して、下記歯科処置が必要と思われます。  □口腔衛生管理のみ　□抜歯　　□その他（　　　　　　　　　　　　）  ◦歯科治療の緊急性  　　□高い　　□低い  ◦感染のリスク  　　□高い　　□低い  ◦歯科治療に要する期間  □概ね１ヶ月以内　　□概ね２ヶ月以内　□それ以外（　　　　　　　　）  　　　以上ご報告いたします。 |
| コメント： |