

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 <input type="checkbox"/> 齲蝕 <input type="checkbox"/> 歯周炎 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 口腔衛生管理のみ <input type="checkbox"/> 抜歯 <input type="checkbox"/> その他 () 。歯科治療の緊急性 <input type="checkbox"/> 高い <input type="checkbox"/> 低い 。感染のリスク <input type="checkbox"/> 高い <input type="checkbox"/> 低い 。歯科治療に要する期間 <input type="checkbox"/> 概ね1ヶ月以内 <input type="checkbox"/> 概ね2ヶ月以内 <input type="checkbox"/> それ以外 () 以上ご報告いたします。
コメント：