医科歯科連携診療情報提供書

　　　　　　FAX ：　　　　　　　　　電話：

　　　　　　　　　　　　　　　病院・医院・クリニック

　　　　 科　　　　　　　　　　　殿

　　年　　月　　日

　　　　　　　　紹介元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

患者住所：

電話番号：

生年月日：明・大・昭・平　　　　年　　　月　　　日（　　　歳）

|  |
| --- |
| 病　　名　　　□齲歯　　□歯周病　　□正常　　□その他（　　　　　　　） |
| 結果報告：　　　　　上記患者様に対して、歯科的評価を行いましたのでご報告申し上げます。**①　抜歯が必要な歯の有無**　　 　　　　□必要あり　　　□必要なし　**②　口腔内環境（衛生状態）**　　 　　　 　□良い　　□少し悪い　　□非常に悪い（　　　　　　）　尚、口腔ケアの重要性につきまして、貴院（科）からもご指導下さいますようお願い致します。 |
| コメント |

 遠賀中間医師会・遠賀中間歯科医師会　2019年5月1日作成