

岡崎市民病院 受診依頼票(当日抜歯)

年 月 日

診察依頼

科 (先生)

検査のみ依頼

検査項目: 単純CT・ 造影CT・
 エコー・ RI・ 骨密度・ 神経伝導速度・ その他 ()

★予約希望日

希望あり (第3希望までお書きください)

第1希望 年 月 日 曜日
第2希望 年 月 日 曜日
第3希望 年 月 日 曜日

明日以降早い日を希望

受診日未定

本日希望

医療機関名

医師名

TEL・FAX

★Web予約 年 月 日 曜日 時 分

★救急車の使用 (有 無)

★岡崎市民病院から詳細な診療状況を示す文書の提供を希望する。

→ 希望しない場合は左記に✓を入れてください。

* 予約変更に関しましては、当院と患者様が直接調整させていただきますのでご了承ください。
尚、変更した場合は、紹介医へ変更日時等をご連絡させていただきます。

受診者	フリガナ		性別	生 年 月 日
	氏名		男・女	<input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 年 月 日
	住所	(〒)		
	TEL	自宅電話	携帯電話	
当院診察券番号		(当院の診察券をお持ちの場合はご記入ください)		
算定状況	在宅時医学総合管理料・在宅がん医療総合診療科・在宅療養指導管理料・特定施設入居等医学総合管理料			

【主訴又は診断】

【経過及び依頼目的】

<歯式> _____

の当日抜歯を希望されておりますので抜歯の程
よろしく願いいたします。

術後の経過観察は 当院 岡崎市民病院 を希望しています。(に✓を入れてください。)

【適応症の確認】 (に✓を入れてください)

<既往歴>

心臓疾患、骨粗鬆症、糖尿病、悪性腫瘍 (現在治療中)、透析患者ではない

<内服薬>

ステロイド剤、免疫抑制剤、骨吸収抑制薬、抗がん剤治療中でない

<抜歯の難易度・本数>

難抜歯症例でない

抜歯の本数が数本程度 (30分程度)

* 上下の智歯抜歯の場合、上顎は萌出歯とし完全埋伏・半埋伏歯は適応外です。

* 両側の同時抜歯は適応外です。

<案内用紙>

ご本人に当日外来抜歯の案内用紙 (予約票2枚) を渡している

CD-R・フィルム・USB・病理標本	有 (<input type="checkbox"/> 患者持参・ <input type="checkbox"/> 集配) ・ <input type="checkbox"/> なし	返却 (要・患者へ・不要)
検査結果・その他	有 (<input type="checkbox"/> 患者持参・ <input type="checkbox"/> 集配・ <input type="checkbox"/> FAX) ・ <input type="checkbox"/> なし	返却 (要・患者へ・不要)

岡崎市民病院地域医療連携室 病診連携 (TEL:0564-66-7262 FAX:0564-25-6720)