

岡崎市民病院 受診依頼票(当日抜歯)

年 月 日

診察依頼

歯科口腔外科 (先生)

検査のみ依頼

検査項目： 単純CT ・ 造影CT ・ 単純MRI ・ 造影MRI
 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		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 令 年 月 日
	住所	(〒)		
	TEL	自宅電話	携帯電話	

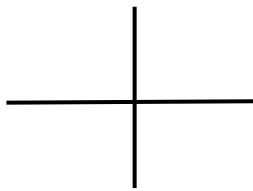
当院診察券番号 (当院の診察券をお持ちの場合はご記入ください)

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を渡している

CD-R・フィルム・USB・病理標本 有 (患者持参 ・ 集配) ・ なし 返却 (要 ・ 患者へ ・ 不要)

検査結果・その他 有 (患者持参 ・ 集配 ・ FAX) ・ 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)