**患者紹介状** （診療情報提供書）

歯科用

令和　　　年　　　月　　　日

◎緊急な診察または即日入院が必要な場合は、当院の歯科・口腔外科に直接連絡してください。

☎ **（082）**254 -1818（代）

※紹介先診療科が歯科・口腔外科の場合のみご使用ください

|  |
| --- |
| 紹介先：県立広島病院 |
| 診療科名 | 　歯科・口腔外科 |
| 担当医名 | 　 |
| 患者総合支援センター（地域連携室） |
| Ｔ　Ｅ　Ｌ | 082-252-6241 |
| **Ｆ　Ａ　Ｘ** | **082-252-6240** |

|  |
| --- |
| 紹介元医療機関 |
| 所　在　地 | 　 |
| 医療機関名 | 　 |
| 医　師　氏　名 | ㊞ |
| お問合せ担当者氏名 | 　 |
| Ｔ　Ｅ　Ｌ | 　 |
| Ｆ　Ａ　Ｘ | 　 |

|  |
| --- |
| 患　者　情　報 |
| フリガナ(必須) | （　男　・　女　） | 生年月日 | ( Ｔ ・ Ｓ ・ Ｈ ・ Ｒ )年　　　月　　　日　　　歳 |
| 氏名 |  |
| 現住所 | 〒（　　 　　-　　　 　　） |
| 電話番号平日9：00～17：00に連絡可能な番号 | ※ご本人さま以外の場合は氏名と続柄の記入をお願いします　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　★番号は正確に記入をお願いします |
| 続柄 | 名前 |  | 電話番号 |
|  |  | 携帯　・　自宅　・　他( ) | (　　　　　)　　　　　　　　— |
|  |  | 携帯　・　自宅　・　他( ) | (　　　　　)　　　　　　　　— |
| 連絡方法 | □上記患者・家族へ□紹介元医療機関へ | 当院受診歴 | 無　・　有　（ID:　　　　　　　　　　　　　　 　） |
| 受診希望日 | ①第一希望　　　　　　　月　　　　　日 | 当日抜歯・手術希望　　□あり　　□なし※全身状態良好・急性症状のない方に限ります |
| ②第二希望　　　　　　　月　　　　　日 |
| ③いつでもよい |
| 画像データ　□あり　□なしDICOMのみ |
| ④不可日（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

|  |
| --- |
|  |
| 傷病名及び紹介目的　（□以下について別紙，紹介状を参照して下さい） |
| 既往歴 |
| 治療経過及び検査結果 |
| 現在の処方 |

令和５年度　改訂

※ご記入いただいた個人情報は、医療の提供の目的にのみ利用します

令和4年度版