

診療情報提供書(診察・検査依頼)

地域医療連携センター / 直通電話(0587)51-3344・FAX(0587)51-3343

年 月 日

JA愛知厚生連 江南厚生病院

科 _____ 先生

- *依頼 診察
 周術期口腔機能管理依頼
 検査 (CT)

*予約 有 ・ 無

【希望日時】 年 月 日 (:)

*保険証のコピーをFAXされる場合は保険の記入は不要です。

病医院名
医師名
印
TEL () - FAX () -

受 診 者	フリガナ		住 所
	氏名	様 (旧姓) _____	
	男・女	大・昭・平・令 年 月 日生 (才)	
			〒 _____ TEL () -

保 険	主 保 険	保険者番号	記 号	番 号
		被保険者名	資格取得日 年 月 日	有効期限 年 月 日
	公 費	子 障 母 傷 結 精 原 特 疾 前 高 後 高 福	負担者番号	受給者番号
		負 担 割	資格取得日 年 月 日	有効期限 年 月 日

傷病名・紹介目的

周術期口腔機能管理依頼

- 有 : 当院で術前の口腔ケアは終了しました。入院中の口腔ケアをお願い致します。
 無

検査項目・CT

撮影部位の詳細を記入 :

既往歴・現在の処方など (患者に関する留意事項)

HBs抗原 () 梅毒 ()

HCV () MRSA ()

症状及び治療経過

*予約票をFAX返信致しますので患者さんにお渡しください。受付時間以降は翌診療日 8:30以降の返信となります。

*緊急時や入院要請は下記代表電話にて、歯科口腔外科へ直接ご連絡をお願い致します。

代表電話 (0587)51-3333 ・ FAX (0587)51-3300

スキャン済
FAX・江南厚生病院用