

紹介状（診療情報提供書）

令和 年 月 日

くりもと歯科・口腔外科クリニック

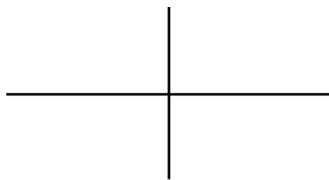
担当医 殿

紹介元医療機関

印

患者 殿（男、女） 年 月 日生（歳）

1. 傷病名



- perico RT HRT
 per WZ
 その他（ ）

2. 紹介目的

- 抜歯 歯根端切除 その他（ ）

3. 既往歴及び 家族歴

4. 症状経過及び 治療経過 現在の処方

5. 添付資料 パノラマレントゲン CT その他

6. 備考 洗浄、抜糸は当院で行います 洗浄、抜糸まで貴院にてお願いします

紹介状（診療情報提供書）

本書式でできるだけ簡便に御記載いただき紹介時に情 I (250点)をご算定ください
原本を患者へお渡しいただき、コピーを紹介元医院で保管ください

令和 年 月 日
お手数ですが御記載ください

くりもと歯科・口腔外科クリニック

紹介元医療機関

ご紹介時の流れについて 担当医 殿

- ・当院への紹介を患者様へご説明ください
- ・本紹介状をお渡しいただき患者様より当院の予約を取得するようご説明ください
(2024年6月現在、電話のみでの対応です)
- ・既往のない健常者の場合はできる限り即日処置にて対応いたします
- ・有病者に関しては即日処置できない場合がございますのであらかじめその旨ご説明いただければと存じます

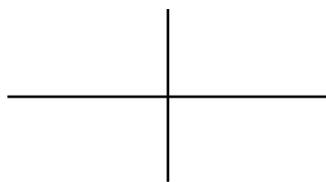
医院のゴム印などをご利用いただき
かまいません
複数名医師が在籍される場合は医師名
を御記載ください

印

患者 殿 (男、女) 年 月 日生 (歳)

必ず御記載ください

1. 傷病名 先生方のお手間にならないよう簡便な記載で構いません



perico RT HRT

per WZ

その他 (骨造成を含めたインプラント関連手術
顎関節症や粘膜疾患なども対応します)

2. 紹介目的 あいさつ文などは不要です、チェックのみで結構です

抜歯 歯根端切除 その他 ()

3. 既往歴及び
家族歴

当院でも問診を行いますので記載についてはご省略いただいても構いません
(抗血栓薬やビスフォスフォネート製剤服用患者の抜歯の際はできるだけその旨をご記載いただければ幸いです)

4. 症状経過及び
治療経過
現在の処方

通常の抜歯などであれば記載は不要です
その他の症例やその他手術などで必要と思われる場合は御記載ください

5. 添付資料 パノラマレントゲン CT その他

CD-Rの場合読めない場合もありますので紙のプリントアウトで結構です
(撮影日は記載いただきたいです)

CTについては必要性を判断
して必要な場合は当院で撮影
を行います

6. 備考 洗浄、抜糸は当院で行います (御依頼元の医院で行っていただきます)

洗浄、抜糸まで貴院にてお願いします (栗本歯科での後処置を希望の場合)

通法での処置の場合はできるだけ御依頼元にて後処置をお願いできれば幸いですが、ご希望に応じて対応します
ビスフォスフォネート製剤服用患者などはできるだけ上皮化まで診させていただきます