

診療情報提供書 A

提供先医療機関名 _____

提供元医療機関の所在地、及び名称

医療法人福翔会 福森歯科クリニック分院
大阪市福島区鷺洲 1-7-39
ハイグレードマンション 10 番館 1F

担当医 _____ 先生御机下 _____

歯科医師氏名 _____ 印 _____

御多忙中の折柄と存じますが、以下の件につきまして依頼申し上げます。御高診の程お願いいたします。

患者氏名	殿	年	月	日生(歳/ 男・女)
部位/傷病名				
上記疾患にて _____ の予定です。(処置時間約 分)				
◎ 処置方法				
◎ 局所麻酔薬				
<input type="checkbox"/> 2%塩酸リドカイン (1/80000 エピネフリン添加) [歯科用キシロカイン]				
<input type="checkbox"/> 3%塩酸プロトカイン(フェリプレシン 0,03 単位/ml 添加) [歯科用シタネスト・オクタプレシン]				
<input type="checkbox"/> その他 _____ ※使用量				
◎ 処方予定薬剤 _____				
◎ 出血量予想 <input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 通常 <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> 不明				
◎ 処置範囲 <input type="checkbox"/> 歯牙 <input type="checkbox"/> 軟組織 <input type="checkbox"/> 歯槽骨 <input type="checkbox"/> その他(_____)				
◎ 特記事項				
依頼内容				
<input type="checkbox"/> 処置 <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> その他				
<input type="checkbox"/> 特に知りたい検査値等				

※主治医の先生へお願い

診療情報提供書 B にご記入の上、ご返送下さいますようお願い致します。