

診療情報提供書（I）

令和 年 月 日

紹介先医療機関名

ビバ・スマイル歯科

親知らず外来 担当医 行

紹介元医療機関名（横判で可）

歯科医師名 _____

患者名										
生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日生（ 歳） 男・女									
診断										
経過	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td style="text-align: right; width: 50%;">右</td><td style="width: 10%;"></td><td style="text-align: left; width: 50%;">左</td></tr><tr><td style="text-align: center;">8 7 6 5 4 3 2 1</td><td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black;"></td><td style="text-align: center;">1 2 3 4 5 6 7 8</td></tr><tr><td style="border-top: 1px solid black; text-align: center;">8 7 6 5 4 3 2 1</td><td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black;"></td><td style="border-top: 1px solid black; text-align: center;">1 2 3 4 5 6 7 8</td></tr></table> <p>上記の抜歯をお願いします。 抜歯の同意書の取得状況（ 取得未 ・ 取得済 ）</p>	右		左	8 7 6 5 4 3 2 1		1 2 3 4 5 6 7 8	8 7 6 5 4 3 2 1		1 2 3 4 5 6 7 8
右		左								
8 7 6 5 4 3 2 1		1 2 3 4 5 6 7 8								
8 7 6 5 4 3 2 1		1 2 3 4 5 6 7 8								
既往歴 備考	<p>該当するものに○を記入してください。</p> <p>特記事項なし・歯科恐怖症・異常絞扼反射（いわゆる嘔吐反射）</p> <p>全身疾患の既往および治療中の疾患（ あり ・ なし ）</p> <p>詳細（ _____ ）</p>									

※保険診療での抜歯依頼の場合、診療情報提供料(I)250点が算定可能です。

※抜歯部位を明記してください。なお歯の骨植状態、全身疾患の加療状況によって、抜歯を見合わせる場合があります。

※抜歯後は、原則として逆紹介いたします。患者さんの希望により、お戻りにならない場合もあります。

※既往歴や何かエピソードなどがあれば、ご記載ください。