

歯科口腔外科診療申込書
兼
診療情報提供書(口腔粘膜疾患等)

紹介医療機関
 独立行政法人地域医療機能推進機構横浜中央病院
 地域ケアサービスセンター 地域医療連携室宛

FAX:045-681-9542

年 月 日

紹介元医療機関名			
医師名			
連絡先	TEL	FAX	
フリガナ 患者氏名	様		性別 男 ・ 女
生年月日	T ・ S ・ H	年 月 日	[歳]
病名	※下記の通り		
紹介目的	<input type="checkbox"/> 難治性口内炎 (2週間以上治癒しないもの)	<input type="checkbox"/> 白板症	<input type="checkbox"/> 扁平苔癬の疑い
	<input type="checkbox"/> 口腔がんの疑い	<input type="checkbox"/> その他の粘膜疾患()	
検査目的 既往歴 症状経過 など			
診療希望日時	①第1希望 月 日		
	②第2希望 月 日		
	③いつでもよい		

※ご不明な点はTEL:045-641-1921(歯科口腔外科)へお問い合わせください。