新潟市医科歯科診療情報提供書

様式2-1

歯科⇒医科

令和　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　医院・病院

　　　　　　　　　　殿

医療機関名

電話番号

印

医師名

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 患者氏名 |  | 性別 | [ ] 男　[ ] 女 |
| 生年月日 | [ ] 明 [ ] 大 [ ] 昭 [ ] 平 [ ] 令 | 年 | 月 | 日 | （ | 歳） |
| 住　　所 | 　〒 |

|  |  |
| --- | --- |
| 病　　名 | [ ]   |
| 紹介目的：上記疾患に歯科治療（[ ] 抜歯　[ ] 歯周病治療　[ ] 顎骨壊死）を[ ] 行っている　　　　開始時期　　　　　　　終了時期[ ] 行う予定の　　　　　　年　　月　　　　　　　年　　月患者様です。つきましては、下記の項目についてご教示をお願い致します。～[ ]  骨粗鬆症治療の内容[ ]  歯科治療のための休薬の可否 |
| 連絡事項 |
| 　 |