

# 紹介予約申込書

(診療情報提供書)

年 月 日

〒501-0532 岐阜県揖斐郡大野町下礪293-1  
TEL 0585-36-3200 (患者サポートセンター)  
FAX 0585-36-3300  
岐阜・西濃医療センター  
西濃厚生病院

医師 .....

紹介元医療機関の  
所在地及び名称  
電話番号  
医師氏名

印

ふりがな		生年月日	
患者氏名		大正 昭和 平成 令和	年 月 日生 歳 男・女
郵便番号	〒 -	TEL	-

住所

傷病名・紹介目的

診断と治療  
 外傷  顎関節疾患  嚢胞  腫瘍  口腔粘膜の異常  口腔内不快症状

外科的処置依頼  
 抜歯 抜歯後の処置等→  紹介元医院  その他 ( )  
 歯根端切除 冠除去と再根治→  紹介元医院  その他 ( )  
 小帯切除  上唇  舌  頬  
 インプラント  顎堤形成 部位： \_\_\_\_\_  
 その他外科的処置 ( )

消炎処置  消炎のみ  消炎と原因治療  
 有病者等  抜歯  外科処置  抜髄  すべての治療  その他 ( )  
 検査依頼  CT  MRI  その他 ( )  
 その他 ( )

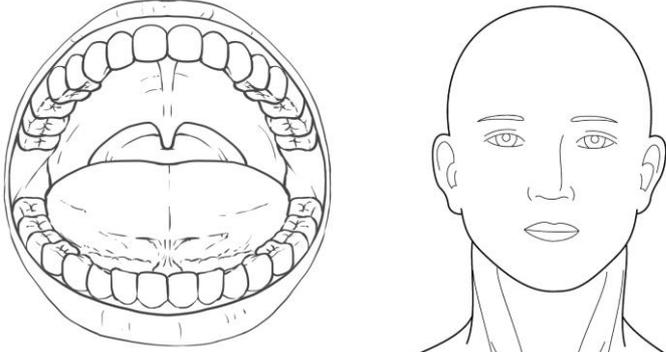
○等でお示し下さい

部位

右 左

上 下

8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8  
E D C B A A B C D E  
E D C B A A B C D E  
8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8



症状および治療経過等

ご希望日時	第一希望	令和 年 月 日 ( ) 時 分
	第二希望	令和 年 月 日 ( ) 時 分