

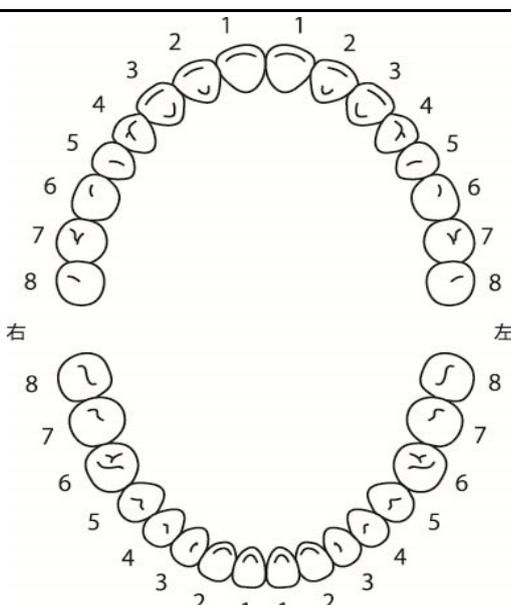
りんくう総合医療センター 即日抜歯依頼用紙（診療情報提供書）

紹介医療機関名・医師名・電話・FAX

申込日 年 月 日

送信先：りんくう総合医療センター 地域医療連携室

TEL：072-469-7835 FAX：072-469-7931

りんくう総合医療センター 受診歴 有・無・不明		診察券番号（ID番号） ()		画像情報提供（USB不可※） 有（CD-R・フィルム・紙）・無	
フリガナ		旧姓	性別	生年月日	
患者氏名			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 大 年	<input type="checkbox"/> 昭 月
住所	〒				
TEL		携帯番号			
保険者番号		公費負担番号			
記号・番号		公費受給者番号			
区分	本人・家族	負担割合	割	受診状況	(貴院に) <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 通院中
確認内容	<p>・下記の3項目全てに☑のある方は即日抜歯（予約枠は平日の午後）が可能です。</p> <p><input type="checkbox"/> 糖尿病・骨粗鬆症・心臓病の疾患なし <input type="checkbox"/> 抗血栓薬、BP・デノスマブの投与なし</p> <p><input type="checkbox"/> 全麻・鎮静（＝入院）での抜歯希望なし</p> <p>・それ以外の方は診察からのご案内となり（予約枠は平日の午前）、抜歯は後日になります。</p> <p>・医療面接を行った結果、当日の処置を見合わせる場合があります。</p> <p>・左右下顎智歯抜歯は基本的に片側ずつの対応となりますが、まずは初回分のみの予約をお取りします。※</p>				
病名					
紹介目的	依頼内容、症状、治療経過など  <p><input type="checkbox"/> 別紙紹介状 有</p>				
予約希望日	希望日なし・ 月頃・ 曜日希望・ 直近予約				
来院方法	独歩可能・ 車イス・ ストレッチャー その他（点滴・ 酸素・ 吸引）				

患者様情報

※USBメモリはセキュリティの都合で開けませんので、CD-Rかフィルムまたはプリントでの提供をお願いします。

※2回目の抜歯予約は、初回抜歯で受診された際に口腔外科外来診察室でお取りします。

2024/10改訂