

紹 介 状

(顕微鏡歯科外来)

愛知学院大学歯学部附属病院

令和 年 月 日

顕微鏡歯科外来

(名刺を貼付していただいても結構です)

(_____ 宛)

所 在 地

医療機関名

電 話 番 号

(_____)

F A X 番 号

(_____)

メールアドレス

_____ @ _____

歯科医師名



下記の患者さんを紹介します。

フリガナ		生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 (歳)	男・女
患者氏名				

部位及び診断名

急性症状 ☐あり ☐なし

紹介目的 診査 ☐破折診査 ☐セカンドオピニオン

処置 ☐根管処置 ☐穿孔部封鎖 ☐根管内破折器具除去

手術 ☐外科的歯内療法 (具体的に _____)

その他 ☐ _____ (具体的にご記入願います)

既往歴及び家族歴

症状経過及び検査結果

治療経過

現在の処方 (有 無)

備考 当院での治療終了後、貴院での継続治療希望 (有 無)

根管充填後のコロナルリーケージ (歯冠側からの再感染) 防止のため、基本的にはレジン築造、テンポラリークラウンまで本院で行いたいと考えています。

備考 1. 宛先の歯科医師があれば、ご記入願います。

2. 画像診断のファイル、検査の記録等があれば、添付して下さい。

3. 顕微鏡歯科外来では、保険診療は行いません。また、初診は完全予約制 (木曜午前) です。