

歯科医師→医師

# 受診報告書

紹介先医療機関等名

担当医 \_\_\_\_\_ 科 \_\_\_\_\_ 殿

平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

紹介元医療機関  
 名称  
 所在地  
 電話番号  
 歯科医師名

印

この度は、ご紹介下さいましてありがとうございました。  
 本日来院されましたので、診察させていただきます。

患者氏名	性別	男・女																																				
患者住所	電話番号																																					
生年月日	明・大・昭・平	年 月 日生 ( 歳)																																				
口腔内の状態： <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td>口腔清掃状態</td> <td><input type="checkbox"/> 良</td> <td><input type="checkbox"/> 概良</td> <td><input type="checkbox"/> 不良</td> </tr> <tr> <td>う蝕・残根</td> <td><input type="checkbox"/> なし</td> <td><input type="checkbox"/> あり (</td> <td>本)</td> </tr> <tr> <td>歯周病の程度</td> <td><input type="checkbox"/> なし</td> <td><input type="checkbox"/> あり (</td> <td>重度 中等度 軽度)</td> </tr> <tr> <td>動揺歯</td> <td><input type="checkbox"/> なし</td> <td><input type="checkbox"/> あり (</td> <td>本)</td> </tr> <tr> <td>義歯の状態</td> <td><input type="checkbox"/> 適合良好</td> <td><input type="checkbox"/> 適合不良</td> <td><input type="checkbox"/> 使用せず</td> </tr> </table>			口腔清掃状態	<input type="checkbox"/> 良	<input type="checkbox"/> 概良	<input type="checkbox"/> 不良	う蝕・残根	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり (	本)	歯周病の程度	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり (	重度 中等度 軽度)	動揺歯	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり (	本)	義歯の状態	<input type="checkbox"/> 適合良好	<input type="checkbox"/> 適合不良	<input type="checkbox"/> 使用せず																
口腔清掃状態	<input type="checkbox"/> 良	<input type="checkbox"/> 概良	<input type="checkbox"/> 不良																																			
う蝕・残根	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり (	本)																																			
歯周病の程度	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり (	重度 中等度 軽度)																																			
動揺歯	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり (	本)																																			
義歯の状態	<input type="checkbox"/> 適合良好	<input type="checkbox"/> 適合不良	<input type="checkbox"/> 使用せず																																			
歯科予定治療： <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td>●口腔ケア</td> <td><input type="checkbox"/> ブラッシング指導</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 除石</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 機械的歯面清掃</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> その他 (</td> <td>)</td> </tr> <tr> <td>●歯科治療</td> <td><input type="checkbox"/> う歯の処置 (</td> <td>)</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 動揺歯の暫間固定 (</td> <td>)</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 抜歯 (</td> <td>)</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 義歯処置 (</td> <td>)</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> その他 (</td> <td>)</td> </tr> <tr> <td>●治療期間</td> <td><input type="checkbox"/> 1~2週間</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 入院時まで</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> その他 (</td> <td>)</td> </tr> </table>			●口腔ケア	<input type="checkbox"/> ブラッシング指導			<input type="checkbox"/> 除石			<input type="checkbox"/> 機械的歯面清掃			<input type="checkbox"/> その他 (	)	●歯科治療	<input type="checkbox"/> う歯の処置 (	)		<input type="checkbox"/> 動揺歯の暫間固定 (	)		<input type="checkbox"/> 抜歯 (	)		<input type="checkbox"/> 義歯処置 (	)		<input type="checkbox"/> その他 (	)	●治療期間	<input type="checkbox"/> 1~2週間			<input type="checkbox"/> 入院時まで			<input type="checkbox"/> その他 (	)
●口腔ケア	<input type="checkbox"/> ブラッシング指導																																					
	<input type="checkbox"/> 除石																																					
	<input type="checkbox"/> 機械的歯面清掃																																					
	<input type="checkbox"/> その他 (	)																																				
●歯科治療	<input type="checkbox"/> う歯の処置 (	)																																				
	<input type="checkbox"/> 動揺歯の暫間固定 (	)																																				
	<input type="checkbox"/> 抜歯 (	)																																				
	<input type="checkbox"/> 義歯処置 (	)																																				
	<input type="checkbox"/> その他 (	)																																				
●治療期間	<input type="checkbox"/> 1~2週間																																					
	<input type="checkbox"/> 入院時まで																																					
	<input type="checkbox"/> その他 (	)																																				
備考：																																						