

## 診療情報提供書【紹介状】

医療法人社団アップル歯科クリニック 先生宛

医療機関名

医師名

TEL

FAX

フリガナ		性別	生年月日	明治・大正・昭和・平成
患者氏名		男・女		年 月 日生 ( ) 歳
住所	〒 —		電話番号 ( ) —	
			携帯電話 ( ) —	

紹介目的	<input type="checkbox"/> 顎顔面形態の診断を希望する <input type="checkbox"/> 口腔内装置による治療を希望する
傷病名	<input type="checkbox"/> 閉塞性睡眠時無呼吸症候群 (AHI : ) <input type="checkbox"/> その他 ( )
リスク因子	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 喫煙 (過去・現在) <input type="checkbox"/> その他 ( ) 特記事項 ( )
既往歴	
添付資料	<input type="checkbox"/> 終夜睡眠ポリグラフ検査 (PSG) 結果 <input type="checkbox"/> 採血結果 <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> レントゲン <input type="checkbox"/> CT 画像 <input type="checkbox"/> その他 ( )
アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> 抗生剤 <input type="checkbox"/> 他 ( )
処方薬	
現在までの症状 及び治療経過 (別紙可)	主訴：
特記事項	