

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

紹介目的	<input type="checkbox"/> 金属アレルギーに伴うノンメタル治療を希望する。
傷病名	<input type="checkbox"/> 金属アレルギー（陽性の金属： ) <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"/> 自己免疫疾患 <input type="checkbox"/> 自己免疫疾患 <input type="checkbox"/> 掌蹠膿疱症 <input type="checkbox"/> 扁平苔癬 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 特記事項 ( )
既往歴	
添付資料	<input type="checkbox"/> パッチテスト判定結果 <input type="checkbox"/> 採血結果 <input type="checkbox"/> その他 ( )
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	