

紹介先		紹介元 <sup>〒</sup>	
先生		印	
患者氏名	様	TEL	
		FAX	
生年月日	MTSH 年 月 日 歳		
基礎疾患病名			
紹介目的	<input type="checkbox"/> 報告 <input type="checkbox"/> その他( )		
歯科病名			
処置方針	歯科治療が <input type="checkbox"/> 必要です <input type="checkbox"/> 不要・指導メンテナンスのみで可 です 処置内容は <input type="checkbox"/> 観血処置 <input type="checkbox"/> 抗菌薬処方 <input type="checkbox"/> 鎮痛剤処方 <input type="checkbox"/> 局所麻酔(□E含有) を含みます		
処置にあたり	<input type="checkbox"/> 以下をご配慮ください <input type="checkbox"/> 貴科的に特に対処は不要です		
処方	<input type="checkbox"/> 休薬をお願いします 薬名( ) 休薬時期( ) <input type="checkbox"/> 処方ご指示ください <input type="checkbox"/> 抗菌薬 <input type="checkbox"/> 鎮痛剤 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 投薬を延期、待機してください 薬名( ) 時期( )まで		
処置	<input type="checkbox"/> 処置の可否をご指示ください 処置内容( )		
その他	<input type="checkbox"/> ご指示、処方をお願いします		
	<input type="checkbox"/> 処置にあたり対応をお願いします 処置予定日( ) 処置内容( )		
	<input type="checkbox"/> 歯科処置終了しました		
申送り事項          			
添付	<input type="checkbox"/> 検査データ <input type="checkbox"/> 画像データ <input type="checkbox"/> その他( )		