

紹介状 (診療情報提供書)

紹介先医療機関名 病院
担当医師 科 様

令和 年 月 日

所在地
名称
電話番号
診療科名
医師氏名

患者氏名 [登録番号]		性別		生年月日	
住所				電話番号	
傷病名					
紹介目的 <input type="checkbox"/> 定期健診 <input type="checkbox"/> 歯科処置 <input type="checkbox"/> 義歯作成、調整 <input type="checkbox"/> その他					
既往歴				家族歴	
病状経過					
治療経過					
検査結果等 CD4 / μ l HIV-1 RNA 定量 コピー/ml					
歯科処置の留意点					
現在の処方					
備考 <input type="checkbox"/> 抗凝固薬 <input type="checkbox"/> 抗血小板薬 <input type="checkbox"/> ビスホスホネート系薬剤 ※該当があれば必ずチェックしてください					
その他 <input type="checkbox"/> B型肝炎 (HBs-Ag 陽性) <input type="checkbox"/> C型肝炎 (HCV-Ab 陽性) <input type="checkbox"/> アレルギー ()					