

診療情報提供書

紹介先医療機関等名_____

担当医_____耳鼻科_____先生

令和 年 月 日

紹介元医療機関の所在地及び名称：

電話番号：

住所：

歯科医師：

患者氏名	_____
患者住所	_____性別 男・女
電話番号	_____
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日（ 歳）

傷病名	アレルギー性鼻炎・アデノイドの疑い
紹介目的	標記疾患の精査・治療
既往歴及び家族歴	
病状経過及び検査結果	いつもお世話になっております。 当院では、小児口腔機能発達不全症に対する診療を積極的に行っております。この度、患者さんの顎顔面・口腔を診査したところ、いわゆる“お口ぽかん”口唇閉鎖不全、口呼吸を認め、且つ標記疾患の可能性があると判断致しました。 当院では、口腔のみならず、患者さんの全身的な健康発育のためにできることを行っていきたいと思っております。今後、鼻閉改善と並行して、噛み合わせ管理・口腔機能管理・食事指導を行う予定です。何卒、ご高診よろしくお願い申し上げます。
治療経過	
現在の処方	
その他	