

診療情報提供書

紹介先医療機関等名_____

担当医_____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	口蓋扁桃肥大
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。 う蝕・歯肉炎・噛み合わせの精査を希望し来院した患者さんですが、口腔内を拝見したところ口蓋扁桃肥大が認められました。口唇閉鎖不全いわゆる“お口ぽかん”も呈している状態です。歯科的アプローチと並行して、標記疾患のご精査いただけますと幸いです。 当院では、口腔衛生・機能管理のみならず、患者さんの全身的な健康発育のために、食育・態癖改善、などを行っております。 お手数をおかけしますが、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	