

診療情報提供書（歯内療法分野）

年 月 日

東京歯科大学水道橋病院

紹介元医療機関の所在地及び名称
電話番号

診療科 保存科（歯内療法分野）

担当医 先生

医師・歯科医師氏名

印

*必要箇所に記載して に✓してください

患者氏名	性別	男	女
患者住所			
電話番号			
生年月日	年	月	日（ 歳）職業

傷病名： ☐ 歯髄炎 ☐ 根尖性歯周炎 ☐ その他（ ）																																	
部 位：																																	
<table><tr><td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr><tr><td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr></table>	8	7	6	5	4	3	2	1	8	7	6	5	4	3	2	1	<table><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td></tr><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td></tr></table>	1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1																										
8	7	6	5	4	3	2	1																										
1	2	3	4	5	6	7	8																										
1	2	3	4	5	6	7	8																										
紹介目的：（必要箇所にチェックください）																																	
☐ 覆髄法 ☐ 断髄法 ☐ 根管治療																																	
☐ 根管内異物除去 ☐ 穿孔修復 ☐ 外科的歯内療法																																	
☐ その他（ ）																																	
担当医の希望：	☐ 指導医・専門医を希望	☐ 一般医局員でも可																															
歯冠補綴の希望：	☐ 希望する	☐ 希望せず																															
治療経過や連絡事項：																																	
全身既往歴やアレルギー：																																	
現在の貼薬や処方：																																	

備考 1. 以下の場合は保険外診療となります。

指導医・専門医での治療、根管内異物除去や穿孔修復、バイオセラミック材料の使用

2. 保険診療は3-6か月程度、保険外診療は1-2か月程度お待ちいただいております。

3. 歯冠補綴までをご希望の場合は当院補綴科へご紹介いたします。