紹　 介　 状（診療情報提供書）

※同等内容の診療情報提供書でも代用可能です。

様式第５号

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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  □ 定期健診　　　　□ 歯科処置　　　　□ 義歯作成、調整　　　　□ その他 | | | | | | | | |
| 既往歴 |  | | | 家族歴 | | |  | |
| 病状経過 | | | | | | | | |
| 治療経過 | | | | | | | | |
| 検査結果等  CD4　　　　　　　　　　　/μl　　　　　　HIV-1 RNA定量　　　　　　　　　　　コピー/ml | | | | | | | | |
| 歯科処置の留意点 | | | | | | | | |
| 現在の処方  備　　　考　□　抗凝固薬　□　抗血小板薬　□　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  □　B型肝炎（HBs-Ag陽性）　□　C型肝炎（HCV-Ab陽性）　□　アレルギー（　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | |

　 　　　　医師氏名