

(様式 1)

学部長	病院長	事務部長	看護婦長	医事課長	医事課	庶務課	歯科医師会

平成 年 月 日

鶴見大学歯学部附属病院長 殿

私は貴院の病院利用規則に従い次の通り共同診療登録を申し込みます。

共同診療臨床医登録申込書

医療機関所在地	〒 -
名称	
申し込み歯科医師名	
開設者	
管理者	
電話番号	
F A X 番号	
摘要	

(様式2 - 入)

開放型病院共同指導確認書《入院用》

共同指導確認書は共同診療医、病院医が署名し、2部作成し各医師はそれぞれ1部保管。

科名	予防歯科・保存科・補綴科・口腔外科・矯正科・小児歯科 放射線科・歯科麻酔科・高齢者歯科・内科
患者氏名	入院：平成 年 月 日()
共同指導日	平成 年 月 日 曜日 午前・午後 時 分 ~ 時 分 退院予定：平成 年 月 日()
病名	
診療上必要な共同指導事項「該当を○で囲み、連絡事項等あるときは略記のこと」	
1、共同診療医 病院医に対する連絡事項 : 特になし	
2、病院医 共同診療医に対する連絡事項	
3、退院時共同指導 ア、あり イ、なし	
紹介医署名	
病院歯科医師 ・医師署名	鶴見大学歯学部附属病院 科 歯科医師・医師名

共同指導確認書の流れ：病棟 医事課(コピ-) 紹介医へ送付

(様式2 - 外)

開放型病院共同診療確認書《外来用》

共同診療確認書は共同診療医、病院医が署名し、2部作成しそれぞれ1部保管。

科名	予防歯科・保存科・補綴科・口腔外科・矯正科・小児歯科 放射線科・歯科麻酔科・高齢者歯科・内科
患者氏名	来院：平成 年 月 日()
共同診療日 時	平成 年 月 日 曜日 午前・午後 時 分～ 時 分
病名	
診療上必要な共同指導事項「該当を○で囲み、連絡事項等あるときは略記のこと」	
1、共同診療医 病院医に対する連絡事項 : 特になし	
2、病院医 共同診療医に対する連絡事項	
紹介医署名	
病院歯科医師・医師署名	鶴見大学歯学部附属病院 科 歯科医師・医師氏名

共同指導確認書の流れ：外来科 医事課(コピ-) 紹介医へ送付

(様式3)

紹 介 状

(診療情報提供書)

平成 年 月 日

鶴見大学歯学部附属病院

科 殿

紹介元医療機関の所在地

電 話 番 号

医 師 氏 名

印

歯科医師氏名

印

下記の患者さんを紹介しますのでよろしくお願いたします。

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) 職 業

傷 病 名
紹 介 目 的
既往歴及び家族歴
病状経過及び検査結果
治 療 経 過
現在の処方
備 考

- 備考
- 1、必要がある場合は続紙に記載して添付すること。
 - 2、必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付すること。
 - 3、紹介先が保険医療機関以外である場合は、紹介先医療機関等名の欄に紹介先保険薬局、市町村、保険所名等を記入すること。かつ、患者住所及び電話番号を必ず記入すること。

(様式4)

施設使用願い

平成 年 月 日

担当科長 殿

私は貴院の病院利用規則に従い、下記の施設において共同診療を行いたく施設の使用願いを提出いたします。宜しくご配慮のほどお願い申し上げます。

【使用希望施設】

手術室

外来手術室

保存科手術室

口腔外科手術室

小児歯科手術室

診療ユニット

診療科名 () 科)

【使用日時】

平成 年 月 日
時 分 ~ 時 分

【申請者】

住 所	TEL : FAX :
医療機関名	
氏 名	

(様式5)

画像診断・検査依頼書

鶴見大学歯学部附属病院 御中

平成 年 月 日

医療機関の所在地 : 〒

名 称 :

電話 番 号 : ()

歯科医師・医師氏名 :

【患者】

氏 名		職 業	
生 年 月 日	明・大・昭・平	年 月 日生	男・女

患者臨床情報

患者に対する留意事項 アレルギー - 有り () 他

希望される画像診断・検査を○で囲んでください。

M R I ・ X 線 C T ・ 超音波画像検査 ・ 多軌道断層 X 線撮影 ・ 頭部 X 線規格撮影
多機能パノラマ X 線撮影 ・ 短時間撮影型パノラマ X 線撮影 ・ 歯科用パノラマ X 線撮影
歯科用デジタル X 線撮影 (口内法) ・ X 線透視ビデオ関節鏡検査 ・ 根管内視鏡検査
顎運動検査 ・ 口臭検査

上記以外の検査希望の場合はご記入ください。

最終的な検査法の選択は御一任ください。

予約日時：平成 年 月 日 (曜日) 午前・午後 時 分	
【予約科】：予防歯科・保存科・補綴科・口腔外科・矯正科 小児歯科・放射線科・歯科麻酔科・高齢者歯科・内 科	【予約者名】

電話予約の際に、予約科を○で囲み、予約者名を記入してください。

(様式6)

インプラント診療用CT画像検査依頼書

予約日時 年 月 日 (:)	依頼医署名 :
ふりがな	予約者名 :
患者氏名 男 ・ 女	連絡先 住所 :
年 月 日 (歳)	電話番号 :
撮影依頼部位 (○をつけて下さい) 上顎のみ 下顎のみ 上下顎	FAX番号 :
Implant 植立予定部位 (○をつけて下さい)	サイナスリフト・骨補填材による治療 あり ・ なし
8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8	(ありの場合、その部位に○をつけて下さい)
8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8	8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8
その他の検索希望	その他の顔面部疾患の既往
その他、撮影に関するコメント	ステントの使用 あり ・ なし
	パノラマ、その他のフィルムの添付 あり ・ なし (種類)
	パノラマ撮影希望 あり ・ なし
予約当日、貴院が休院の場合の連絡先 :	

鶴見大学歯学部附属病院

放射線科

(様式7)

画像検査質問票(御依頼用)

フリガナ		医院・診療所名	
患者氏名	男・女	主治医署名	
生年月日	19 年 月 日(歳)	記載年月日	20 年 月 日

CT画像検査経験	なし	あり	: 造影剤使用	あり	なし
前回のCT検査での問題点	なし	あり	:	年頃	
心臓ペ - スメ - カ・人工弁	なし	あり	: 部位	材質	
体内の金属・異物	なし	あり	: 部位	材質	
口腔内の金属 固定性	なし	あり	: 部位	種類	
可撤性	なし	あり	: 部位	種類	
矯正装置	なし	あり	: 部位	種類	
妊娠の可能性	なし	あり	わからない		
感染症	なし	あり	:		
配慮項目	なし	あり	: 視力障害、難聴、運動障害 : その他()		
身長	cm		体重	kg	
ヨ - ドアレルギー -	なし	あり	: パッチテスト +	±	-
薬剤アレルギー -	なし	あり	:		
腎機能障害	なし	あり	:		
肝機能障害	なし	あり	:		
心機能障害	なし	あり	:		

患者の個人に関する内容については、機密を保持します。

は必要時と造影CT時のみ記入して下さい。

鶴見大学歯学部附属病院 放射線科

3部複写

(様式8)

紹介状

(診療情報提供書)

平成 年 月 日

医・病院

担当医

先生殿

紹介元医療機関の所在地及び名称 横浜市鶴見区鶴見2-1-3

鶴見大学歯学部附属病院

電話番号 045-581-1001

F A X 045-581-0024

医師氏名 科 印

歯科医師氏名 科 印

下記の患者さんを紹介いたしますのでよろしくお願いいたします。

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) 職業

傷病名
紹介目的
既往歴及び家族歴
病状経過及び検査結果
治療経過
現在の処方
備考

- 備考
- 1、必要がある場合は続紙に記載して添付すること。
 - 2、必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付すること。
 - 3、紹介先が保険医療機関以外である場合は、紹介先医療機関等名の欄に紹介先保険薬局、市町村、保険所名等を記入すること。かつ、患者住所及び電話番号を必ず記入すること。

(様式9)

《3部複写》

紹介患者病状経過報告書

平成 年 月 日

医・病院
先生 御侍史

横浜市鶴見区鶴見2-1-3

鶴見大学歯学部附属病院

電話 045-581-1001

FAX 045-581-0024

科 担当医

下記の患者さんをご紹介戴きまして誠に有り難うございました。

患者氏名		生年月日	明大昭平 年 月 日生	男・女
------	--	------	----------------	-----

以下、病状経過などにつき簡単に御報告申し上げます。

臨床診断
主要臨床成績及び経過
今後の方針