**診 療 情 報 提 供 書**

**九州歯科大学附属病院**

**科**

★**必ず紹介先の診療科名を記載ください。**

**受診希望日** **令和　　 年 月 日**

＊受付時間　**8:30 ～ 11:00**

＊受診希望日**3日前**（土日祝日を除く）の**16時**までに、FAXをお願いします。

㊟ 緊急時には別途ご相談ください。

＊受診日が変更になる場合は、各科より連絡します。

医療機関名：

　　　**〒**

電話番号：

FAX番号：

医師氏名： 　 先生　印

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フリガナ | 男・女 | ＜生年月日＞　大　・　昭　・　平 ・ 令 |
| 患者氏名 | 　　　年　　　月　　　日 （　　　 歳） |
| 患者住所 | 自宅電話（　　　　）　　　－携帯電話（　　　　）　　　－ |
| 傷病名 |  |
| 紹介目的 |  |
| 症状及び治療経過 |  |
| 特記すべき留意事項 | （㊟：治療上の留意点、既往歴・アレルギーなど記載ください） |
| 添付資料 | □画像情報等　　　□検査情報等　　　□薬剤情報等　　　□その他（　　　　　　　） |
| 被保険者名（世帯主名） | □本 人　　　　　　　□家 族 |
| 被保険者証 | 保険者番号 | 記　号 | 番　号 | 有効期限 |
|  |  |  |  |
| 各種医療証 | 公費負担者番号 | 受給者番号 | 有効期限 |
| 老・生・乳・母障・原・特・精 |  |  |  |

**備　考**＊**初診時はできる限り10時までの来院**をご案内ください。

**地域医療連携室FAX**：(**０９３**)－**５８２**－**１１３９**

 　　　　　TEL：（０９３）－５８２－１１３１（音声ガイダンス）

**紹 介 受 入 先 診 療 科 一 覧**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 記載用簡略名 | 診療科名 | 診療内容 |
| **保存科** | 保存治療科 | 保存修復治療、歯内治療、審美治療 |
| **歯周科** | 歯周病科 | 中等度から重度の歯周病の治療、歯科検診（歯周病） |
| **義歯科** | 義歯科 | 全部床義歯、顎補綴治療、睡眠時無呼吸症候群、スポーツマウスガード※睡眠時無呼吸症候群の担当医が不在の場合がありますので、事前にご確認下さい。 |
| **小児科** | 小児歯科 | 小児歯科一般治療、外傷歯治療、咬合誘導 |
| **矯正科** | 矯正歯科 | 咬合育成、矯正歯科治療、顎変形症治療、唇顎口蓋裂による咬合異常治療、先天異常による咬合異常治療 |
| **ｲﾝﾌﾟﾗﾝﾄ科** | 口腔ｲﾝﾌﾟﾗﾝﾄ科 | 口腔インプラント専門治療、クラウンブリッジ全般、審美補綴治療、有床義歯全般 |
| **口腔外科** | 口腔顎顔面外科 | 口腔外科一般・炎症・外傷・顎骨再建、口腔腫瘍、口唇・口蓋裂 |
| **口腔内科** | 口腔内科・口腔外科 | 口腔粘膜疾患、全身疾患による口腔異常、口腔心身症、金属アレルギー、顎関節症、骨造成、周術期口腔管理、顎変形症、難治性口腔疾患、口腔乾燥症、味覚障害、口臭症※金属アレルギー検査日：毎週 月・火曜日 (3日間連続判定のため水・木・金曜日が祝日の週は除く) |
| **麻酔科** | 歯科麻酔科・ペインクリニック | 口腔領域の痛み、麻痺、しびれ、鎮静下歯科治療、モニター下歯科治療、日帰り全身麻酔下の歯科治療 |
| **あんしん科** | あんしん科 | 障がい者の歯科治療およびメインテナンス、有病者の鎮静下歯科治療、モニタリング下歯科治療、日帰り全身麻酔歯科治療、入院歯科治療※金曜日は休診 |
| **放射線科** | 歯科放射線科 | MRI・CT・US撮影・診断、セファロ撮影、各種単純エックス線撮影・診断 |
| **口腔リハ科** | 口腔リハビリテーションセンター | 歯科訪問診療、口腔機能低下症、摂食嚥下リハビリテーション、要介護高齢者の口腔健康管理、高齢者歯科 |