

金属アレルギー 診療情報提供書

年 月 日

歯科医療機関

医療機関の名称 _____

歯科診療所名 医療法人社団 河底歯科・矯正歯科

科 _____

所在地 広島県福山市三吉町2丁目14-8

Tel _____ (内線: _____)

Tel 084-931-0041 Fax 084-931-0093

Fax _____

_____ 河底 晴紀先生侍史

医師名 _____ 印

患者氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日 (<input type="checkbox"/> 明・ <input type="checkbox"/> 大・ <input type="checkbox"/> 昭・ <input type="checkbox"/> 平・ <input type="checkbox"/> 令) 年 月 日 (歳)
患者住所	〒 _____ 県 市郡村 町	電話番号 (_____)
傷病名	<input type="checkbox"/> 金属アレルギー (陽性の金属: _____) <input type="checkbox"/> その他 (_____)	
紹介目的	<input type="checkbox"/> 金属アレルギーに伴うノンメタル治療を希望する	
リスク因子	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 喫煙 (過去・現在) <input type="checkbox"/> 自己免疫疾患 <input type="checkbox"/> 掌蹠膿疱症 <input type="checkbox"/> 扁平苔癬 <input type="checkbox"/> その他 (_____)	
既往歴及び家族歴		
服用中のお薬	<input type="checkbox"/> あり (_____) <input type="checkbox"/> なし	
アレルギーの有無	<input type="checkbox"/> あり (_____) <input type="checkbox"/> なし	
検査結果	添付資料 (<input type="checkbox"/> あり / <input type="checkbox"/> なし) <input type="checkbox"/> パッチテスト判定結果 <input type="checkbox"/> 採血結果 <input type="checkbox"/> その他 (_____)	
現在までの症状 及び治療経過		
現在の処方		
その他 注意事項		