

診療情報提供書（金属アレルギー）

（提供先医療機関名）

年 月 日

_____ 歯科クリニック
_____ 先生

（※）提供元医療機関名

（※）所在地

（※）電話番号

患者氏名 _____（性別：男・女） 生年月日 _____年 月 日（ 歳）

患者住所 _____

電話番号 _____ 職業 _____

傷病名 金属アレルギー

紹介目的 金属アレルギーの診断報告および「白色・非金属（メタルフリーの樹脂素材）」による「被せ物」治療の依頼

既往・家族歴 関連する特記事項（あり なし）

症状経過・検査結果（※）

- ・ 月 日に当院受診、アレルギー疾患と思われる主張・所見等あり。
- ・ 金属アレルギーの診断結果
→（※）金属アレルギー（陽性 陰性）
- ・ その他の特記事項（あり なし）

治療経過 関連する特記事項（あり なし）

現在の処方 関連する特記事項（あり なし）

備考欄 必要に応じて、下記項目に✓印等のチェック、またはご記入願います。

- 金属アレルギーを認め、患者ご自身も「白色・非金属」の被せ物を希望されており、当該非金属の被せ物による歯科治療（補綴治療）をお願い致します。
→アレルギー要因となる金属の種類等
（コバルト / クロム / ニッケル / 銀 / 金 / パラジウム / 銅 / 鉄）
（その他【特記事項： _____】）
- その他の関連する特記・連絡事項等

注）「（※）印」部分は、ご記入又は「✓印」等チェックをお願い致します。
また、当用紙ではなく「電子カルテ」出力の「診療情報提供書」様式でも全く構いません。
（その際は、お手数ですが、必要事項（情報）の追記等をお願い致します。）