

診療情報提供書（歯内療法分野）

年 月 日

東京歯科大学水道橋病院

紹介元医療機関の所在地及び名称
電話番号

診療科 保存科（歯内療法分野）

担当医 先生

医師・歯科医師氏名

印

*必要箇所に記載して に✓してください

患者氏名	性別	男	女
患者住所			
電話番号			
生年月日	年	月	日（ 歳）職業

傷病名： 歯髄炎 根尖性歯周炎 その他（ ）																
部 位：（診療部位を○で囲んでください）																
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	
紹介目的：（必要箇所にチェックください）																
覆髄法					断髄法					根管治療						
根管内異物除去					穿孔修復					外科的歯内療法						
その他（					）											
担当医の希望：								指導医・専門医を希望					一般医局員でも可			
歯冠補綴の希望：								希望する					希望せず			
築造（直接法）の希望								希望する					希望せず			
治療経過や連絡事項：																
全身既往歴やアレルギー：																
現在の貼薬や処方：																

備考 1. 以下の場合には保険外診療となります。

指導医・専門医での治療、穿孔修復（バイオセラミック材料の使用時）

2. 保険診療は3-6か月程度、保険外診療は1-2か月程度お待ちいただいております。

（2025年4月現在：お待ちいただく期間は変動することがございます。ご了承ください。）

3. 歯冠補綴までをご希望の場合は当院補綴科へご紹介いたします。