

紹介状

竹ノ塚ヨシダ歯科・口腔外科宛

令和 年 月 日

紹介元医療機関：

所在地：

電話番号：

F A X 番号：

担当医名：

患者名： 様（ 年 月 日生 歳 男・女）

住所： 電話：

主訴：

貴科診断名： 既往歴： 家族歴：

☆ 部 位

9	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	9
9	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	9

☆ 現在までの治療経過等

☆ 特記事項

☆ 現在の処方