

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