

紹介状

永山歯科医院 矯正歯科 行

患者氏名： (電話番号：)

性別： 男 女

年齢： 歳

主訴

症状の経過

特定疾患 特になし 不明 あり

感染症 特になし 不明 あり

アレルギー 特になし 不明 あり

希望の処置内容 (紹介目的)

矯正歯科治療のみ

矯正歯科治療と口腔衛生指導

今後のすべての歯科処置

その他

矯正歯科治療について既に患者さんへ説明した内容

治療費 治療目的 治療期間 治療方法 その他 ()

その他の連絡事項

医療機関名

担当歯科医師名

連絡先