

ご紹介

令和 年 月 日

鶴見大学歯学部附属病院 矯正科

担当医 _____ 行（*担当医ご希望の場合はご記入ください）

患者氏名 _____

性別 男 女

年齢 _____歳

主 訴 _____

現 症 _____

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 _____

その他既往歴 _____

希望する処置内容

矯正歯科治療のみ

今後のすべての歯科処置

その他 _____

医療機関名 _____

ご担当歯科医師名 _____

ご連絡先

〒 _____

Tel _____ () _____