

紹介状(診療情報提供書)

たかデンタルクリニック
佐藤 貴彦 行
FAX:019-629-3090

平成 年 月 日

紹介元医療機関

医院名		担当医	
住所	〒		
	TEL:	FAX:	Email:

紹介患者

フリガナ		男・女	生年月日
氏名			明大昭平 年 月 日(歳)

依頼部位	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
依頼内容		

主訴、症状、治療経過、全身疾患など連絡事項がございましたらご記入ください

添付資料 (なし ・ あり :)

※ 当クリニックでの根管治療後は、貴院で補綴治療をよろしくお願い致します。



たかデンタルクリニック