

歯科口腔外科診療情報提供書

平成 年 月 日

紹介元医療機関名:

鎌ヶ谷総合病院

所在地:

TEL:

FAX:

歯科口腔外科

行

医師名:

科

フリガナ		性別	生年月日
患者様氏名		男・女	明・大・昭・平 年 月 日

疾病名:	インプラント依頼(ご希望の項目をチェックして下さい)
紹介目的	<input type="checkbox"/> CTのみ <input type="checkbox"/> フィルム <input type="checkbox"/> CD-R <input type="checkbox"/> CT、シュミレーションまで (後日郵送致します) <input type="checkbox"/> 手術日 <input type="checkbox"/> 埋入まで <input type="checkbox"/> 補綴まで <input type="checkbox"/> 部位 <input type="checkbox"/> ご希望のメーカー <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り メーカー名: _____
既往歴及び家族歴、症状経過及び検査結果、治療経過など	
現在の処方	<input type="checkbox"/> その他

当院診療後について(ご希望の項目にチェックをして下さい)

治療再開の為戻して下さい 並行して治療を行います お任せします 治療終了

備考

社会医療法人社団木下会 鎌ヶ谷総合病院 歯科口腔外科

TEL 047-498-8721(歯科口腔外科直通)

FAX 047-498-8722(歯科口腔外科直通) アドレス kouge@kamagaya-hp.jp