診 療 情 報 提 供 書（ 紹 介 状 ）

西暦　　年　　月　　日

紹介元医療機関

姫路はま矯正歯科	所在地・〒
院長　濱　友彦	名　　称
	電 話 番 号
	歯科医師名　　㊞

患者氏名	男 女	明・大・昭・平　　年　　月　　日 生（　　歳） 職業
患者住所	電話番号	

傷　病　名　（記述または該当する項目に〇印や□に✔を記入）

□　唇顎口蓋裂 ：

□　顎 変 形 症：上顎前突症 ・ 上顎後退症 ・ 下顎前突症 ・ 下顎後退症 ・ 開咬症 ・ 上下顎前突症 ・ 過蓋咬合症 ・ 上顎（左・右）側偏位 ・ 下顎（左・右）側偏位

その他（　　）

□ 各症候群（疾患名）：

□ その他 （　　）

紹介目的

□ 矯正歯科治療

□ 矯正歯科治療 セカンドオピニオン

□　矯正歯科 精密検査・診断 のみ

□　その他 （　　）

既往歴及び家族歴

現在の症状や経過

治 療 経 過 （転院などの場合）

備　　考

事前連絡 （ 無 ・ 有 ）

持参資料 （ 無 ・ 有 → ﾚﾝﾄｹﾞﾝﾌｨﾙﾑ ・ 診断資料 ・ その他　　）

資料の返却 （ 不要 ・ 要 ）