

診療情報提供書(紹介状) インプラント紹介用

宛先

〒815-0033

福岡県福岡市南区大橋 1 丁目 3-18

RE BLDG 2F

九州インプラントクリニック

TEL 0120-802-118 FAX 092-512-0786

紹介元医療機関名称等

〒

所在地

医療機関名

電話番号

FAX番号

医師氏名 _____ 印

患者氏名		生年月日	大・昭・平・令	年	月	日	性別	男・女
------	--	------	---------	---	---	---	----	-----

上記の方を紹介します

令和 年 月 日

紹介目的	<input type="checkbox"/> インプラント治療の診査・診断および治療依頼 <input type="checkbox"/> インプラント治療の適応判断のみ希望 <input type="checkbox"/> その他 ()
主訴・希望	
既往歴及び家族歴	
現在の口腔内所見	
添付資料	<input type="checkbox"/> パノラマ X 線写真 (撮影日: 年 月 日) <input type="checkbox"/> CT 画像 <input type="checkbox"/> 口腔内写真 <input type="checkbox"/> その他 ()
その他特記事項	