

依頼状

令和 年 月 日

医療法人社団横浜駅西口歯科

口腔外科担当医 行

紹介元 医療機関名: _____

所在地: 〒 _____

(TEL : _____)

医師名: _____

印

患者名:

様(年 月 日生 歳 男・女)

◇部位

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------|---|---|---|---|---|---|---|--|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| <hr/> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |

◇紹介目的 : 抜歯 ・ その他