

紹介状

患者氏名 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
フリガナ _____ 性別 ☐ 男 ☐ 女
住所 〒 _____
電話 _____ 紹介日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

治療希望部位

該当歯に○印をご記入ください。

18	17	16	15	14	13	12	11		21	22	23	24	25	26	27	28
右 _____ 左																
48	47	46	45	44	43	42	41		31	32	33	34	35	36	37	38

現症・紹介内容

.....

.....

.....

.....

.....

.....

紹介元医療機関

医療機関名 _____
担当歯科医師 _____
住所 _____
TEL/FAX _____
備考 _____

※ブルーラジカル治療の適応は当院で精査のうえ最終判断いたします。
可能であればパノラマX線写真および歯周組織検査をご添付ください。