

ちあき矯正歯科 紹介状 (初診申し込み用紙)

年 月 日

紹介元医院名 _____

担当医 _____

患者名 _____ 様 男・女

生年月日 H S 年 月 日

住所 _____

電話番号 _____

服用中の薬剤 無・有 薬品名 _____

既往歴 無・有 具体的に _____

現在の問題点 (患者様の主訴でも結構です)

叢生 空隙歯列 正中のズレ 上顎前突 下顎前突 (反対咬合含む)

交叉咬合 開咬 (オープンバイト) 過蓋咬合 (ディープバイト)

顎偏位 ガミースマイル 永久歯の先天欠損 症候群 (疑い含む)

コメント

医療機関からご紹介の場合、初診相談料は不要です。希望日を記入の上、本用紙を FAX 番号 **072-814-7145** まで送信してください。当院より患者さまへ予約決定のご連絡をいたします。お急ぎの予約は直接お電話をお願いいたします。

初診希望日 月 日 ()

当院の診療日は下記の通りです。

月	火	水	木	金	土	日・祝
		15:00~18:00		15:00~18:00	09:00~12:30 14:00~17:00	

予定がお分かりでない場合は、本用紙を患者様へお渡しください。
患者様からのお電話をお待ちしております。

