

診療情報提供書（紹介状）

平成 年 月 日

紹介元医療機関

村田歯科医院 /
村田歯科 横浜矯正歯科センター

矯正歯科 担当医

所在地・〒

名 称

電 話 番 号

歯科医師名

㊞

患者氏名

男

明・大・昭・平

年

月

日

生（ 歳）

女

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○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 → レントゲンフィルム・診断資料・その他）

資料の返却（不要・要）