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。



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。