

医療情報提供書

〒730-0051

記入日

年 月 日

広島市中区大手町1-8-17木定ビル3階

吉岡デンタルキュアEndodontic center

TEL/FAX 082-207-0003

吉岡 俊彦 宛

紹介元医療機関

医院名

所在地

電話番号

FAX番号

担当医

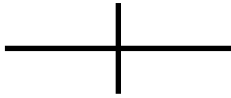
フリガナ

患者氏名

(男・女) 生年月日

年 月 日

依頼部位および診断名



症状、診査結果、治療経過など

穿孔 (有・疑・無)

歯根破折 (有・疑・無)

ファイル破折 (有・疑・無)

ご記入下さい。

特記事項・コメント

添付資料 (デンタル・CT・その他・無し)

添付資料の返却 (必要・不要)