

受診報告書

紹介元医療機関名 病院
担当医師 科 様

令和 年 月 日

所在地
名称
電話番号
診療科名
医師氏名

患者氏名 [登録番号]		性別		生年月日	
住所				電話番号	
初診日 年 月 日					
治療内容 1 う歯処置 2 歯周処置 3 歯周外科手術 4 口腔外科手術 5 欠損処置 6 予防処置 7 その他					
今後の治療予定 1 本日で終了 2 一ヶ月以内で終了 3 一ヶ月以上の加療					
特記事項					