

紹介状（診療情報提供書）

東京歯内クリニック
初診担当医 行

年 月 日

紹介元医療機関

医院名		担当医	先生
住所	〒 TEL: FAX: Email:		

紹介患者

フリガナ		男・女	生 年 月 日	大 昭 平 令	年 月 日（ 歳）
氏名					

依頼部位		紹介目的	
------	--	------	--

主訴、症状、治療経過など（わかる範囲でご記入お願いいたします）

特記事項（全身疾患・アレルギー・服薬など）

プロビジョナルレストレーションへの置き換え
（すでに装着済み・後日自院で作製予定・依頼を希望する）

根管治療後の築造※（希望しない・希望する）
※残存歯質量が十分な場合のラバーダム防湿下における直接法レジンコアのみによる築造となります。
残存歯質量が少ない場合、ポストが必要と思われる場合はご紹介元での支台築造をお願いさせていただきます。

添付資料（なし・あり： ）