診療情報提供書

令和　　年　　月　　日

紹介先医療機関

〒320-0033　栃木県宇都宮市本町 1-19 佐藤ビル４F

やまうち歯科小児歯科

親と子のデンタルクリニック

山内　旬美

氏名（ふりがな）		生年月日	年　　月　　日（　　才）	性別	
傷病名					
既往歴及び内服薬			家族歴		

現病歴および治療歴

希望の処置														
処置済内容														
歯式	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7
処置済内容														
希望の処置														