

紹介状

澤田デンタルオフィス
澤田 則宏 あて

記入日 平成 年 月 日

紹介元医療機関

医院名	担当医
-----	-----

〒

住所

Tel

Fax

フリガナ

患者氏名

男女

生年月日

明治・大正
昭和・平成

年 月 日 (才)

依頼部位および診断名

症状, 診査結果, 治療経過など
(できるだけ詳しくお願いします)

特記事項

他に, ご希望があればお書き下さい