

ブルーラジカル専用紹介状

年 月 日

紹介先医療機関名

医療機関名・所在地

新都心アクアデンタルクリニック

埼玉県さいたま市中央区新都心4-13Apias新都心1F

TEL:048-600-1550

FAX:048-600-1551

医師名

印

フリガナ		生年月日	西暦							男・女				
患者氏名			年	月	日	(歳)							
住所	〒													
電話番号	()		電話の際ご都合がよろしいお時間帯等ございましたらご記入ください											
部位	7 6 5 4 3 2 1							1 2 3 4 5 6 7						
	7 6 5 4 3 2 1							1 2 3 4 5 6 7						
既往歴														
病状経過 治療経過 検査結果														

同封資料 (必ず必要になりますので下記にレ点をお願いします)

直近2回の歯周基本検査(歯周ポケット深度・PCR・動揺を含む)の結果表