

矯正歯科治療継続依頼書 (Patient transfer form)

_____先生 (TEL: ()) 年 月 日

下記の患者、当院にて矯正歯科治療中でしたが、_____のため通院が困難となりました。
貴院にて今後の矯正歯科治療の継続を御依頼致します。宜しくお願い申し上げます。

1. 患者名: _____ (男・女) _____ 年 月 日生 (_____ 歳)

保護者名: _____

連絡先: _____ TEL: _____

_____ FAX: _____

2. 診断: _____ 特記事項: _____

治療方針: _____

初診時資料: (模型、セファロ、顔面写真、口腔内写真、パノラマ、デンタル)

3. 動的治療開始年月日: _____

4. 治療経過 (資料採得日および資料):

年 月 日	処置内容、資料採取 (セファロ、パノラマ、デンタル、顔面・口腔内写真)

5. 現 況: (動的治療中、保定中、経過観察中、その他)

使用テクニック: _____ 付加装置: _____

ブラケット(スロットサイズ): _____ バッカルチューブ: _____

ワイヤーサイズ: 上顎: _____ 下顎: _____ ベンドの有無: _____

エラスティック:

6	3	3	6
6	3	3	6

 (_____)

6. 患者の協力度: _____ 7. 転医資料: (患者持参、別送、その他)

8. 当院での治療費と支払いの状況 (別紙コピー参照) と返金の有無: 有 ・ 無

9. 動的治療終了予測期間: _____ 年 _____ 月頃の予定

10. その他、特記事項に関する添付資料: (有 ・ 無)

診療機関名: _____ TEL: _____

住 所: _____ FAX: _____

担当医: _____ (印) Email: _____