



紹介状

坂東歯科医院宛

紹介元医療機関情報

記入日 平成 年 月 日

医院名		担当医	フリガナ
住 所	〒 -		
電話番号		FAX番号	
() - () - ()		() - () - ()	

紹介患者情報

患者氏名	フリガナ	性 別	生年月日	年 齢
		男 ・ 女	明治・大正 昭和・平成 月 日	歳
依頼部位および診断名				
その他 症状、審査結果、 治療経過など				

お電話でのご相談やお問い合わせはこちらまで

Tel **011-811-3410**
Fax

メールでのご相談・お問い合わせはこちらから

info@bando-dc.net