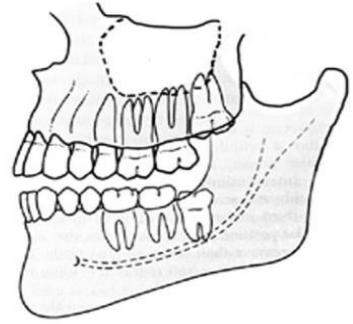


## 진료의뢰서

Upper Jaw																	Upper Jaw
R	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	L
Lower Jaw																	Lower Jaw



### 의뢰 카테고리

- 발치   
  낭종/양성종양제거   
  교정용장치의수술적부착  
 골이식   
  전신질환(내과적질환, 과거장기이식이나 암 병력)

치과명:

치과전화번호:

치과주소:

치과팩스번호:

환자의 이름:

환자의 주민번호:

환자의 주소:

환자의 전화번호:

의뢰 내용 (부위, 혹은 치식을 위 그림에 기록부탁드립니다.)

환자의 진단기록 포함 여부 (방사선 촬영등의 자료 포함여부 및 종류를 기재해주세요.)

의뢰일:           년           월           일

의뢰치과의사서명:

(서명)

면허번호:

귀원으로 의료진간 소통이 가능한 이메일:



하시온치과