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：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞ **Email：**＿＿＿＿＿＿＿＿

特定非営利活動法人 日本ベッグ矯正歯科学会