

耳の形態補正装具 製作依頼書

西暦 年 月 日

宛先 あいさわ歯科医院

東京都中央区湊3-18-16 東海ビル2階
電話 03-6280-5080 FAX 03-5541-5072

紹介者	貴医療機関名
	住所
	電話 貴医師名 印

患児の氏名	フリガナ	男・女	令和 年 月 日生
既往症 治療状況等			
父母の氏名	父: ()歳 職業()	母: ()歳 職業()	
住所	電話番号 (自宅・実家・その他)		
出生時の 状況	出生場所 : 当院・他院 () 在胎 : ()週 単胎・多胎 ()子中()子 体重 : ()g 身長 : ()cm 出生時の特記事項 : 無・有 () 妊娠中の異常の有無 : 無・有 ()	家族構成	
耳の形 診断名	※該当項目に <input type="checkbox"/> チェック あるいは ご記入をお願いします。 <input type="checkbox"/> 立ち耳(コップ耳) <input type="checkbox"/> 折れ耳 <input type="checkbox"/> 埋没耳 <input type="checkbox"/> 貝殻耳(シェール耳) <input type="checkbox"/> スタール耳 <input type="checkbox"/> 小耳症 <input type="checkbox"/> 左右の大きさが違う <input type="checkbox"/> その他 () (疑いを含む)		
情報提供の 目的とその 理由			