

# 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 <span style="float: right;">貴医師名 <span style="float: right;">印</span></span> |

|                      |   |                  |           |
|----------------------|---|------------------|-----------|
| 患児の氏名                | フリガナ  | 男・女              | 令和 年 月 日生 |
|                      |   |                  |           |
| 既往症<br>治療状況等         |   |                  |           |
| 父母の氏名                | 父: ( )歳<br>職業( )  | 母: ( )歳<br>職業( ) |           |
| 住所                   | 電話番号 (自宅・実家・その他)  |                  |           |
| 出生時の<br>状況           | 出生場所 : 当院・他院<br>( )<br>在胎 : ( )週 単胎・多胎 ( )子中( )子<br>体重 : ( )g 身長 : ( )cm<br>出生時の特記事項 : 無・有 ( )<br>妊娠中の異常の有無 : 無・有 ( )   | 家族構成             |           |
| 耳の形<br>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。<br><input type="checkbox"/> 立ち耳(コップ耳) <input type="checkbox"/> 折れ耳 <input type="checkbox"/> 埋没耳<br><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<br><input type="checkbox"/> 左右の大きさが違う <input type="checkbox"/> その他 ( )<br><span style="float: right;">( 疑いを含む )</span> |                  |           |
| 情報提供の<br>目的とその<br>理由 |   |                  |           |