

平成 年 月 日

鹿児島大学医学部・歯学部附属病院 発達系歯科センター 矯正歯科 行

患者氏名

性別 男 女

年齢 歳

主訴

症状の経過

特定疾患 特になし 不明 あり

感染症 特になし 不明 あり

アレルギー 特になし 不明 あり

希望する処置内容

矯正歯科治療のみ

矯正歯科治療と口腔衛生指導

今後のすべての歯科処置

その他

矯正歯科治療についての患者さんへの説明内容

相談料金

治療費

治療目的

治療期間

治療方法

その他

医療機関名

担当歯科医師名

連絡先