

受診報告書【歯科】

日 本 大 学 明 誠 高 等 学 校			
年	組	番	氏名

〈担当医殿〉以下にご記入願います。

診 察 結 果	<p>1. 抜歯</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p>2. むし歯</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p>3. 歯周疾患 (歯磨き指導・除石・その他：)</p> <p>4. 歯列・咬合・顎関節 (相談指導・専門医紹介・治療開始 その他：)</p> <p>5. その他 ()</p> <p>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">医療機関名</p> <p style="text-align: right;">医師名 _____ 印</p>
------------------	--

※ 証明には文書料が発生する可能性があります。