

歯周病安定期治療 情報提供書

年 月 日

歯科医院名:

住所:

TEL:

FAX:

担当歯科医師

様	男 女	胎 妊 職 職	年 月 日生
---	--------	------------------	--------

上記患者様は当院にて歯周病治療を行っております。全身の健康状態との関連性を把握するため、貴医療機関で加療中の疾患の傷病名等についてご教示ください。ご多忙中恐縮ですがよろしくお願いたします。

傷病名

(歯周病治療に際し特記すべき事項があれば記載をお願いします)

貴医療機関名

担当医師のお名前