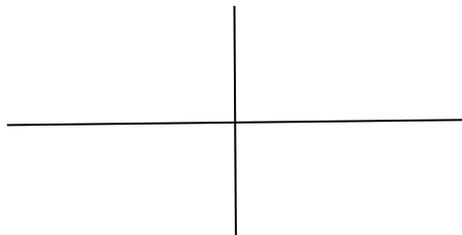


# 診療情報提供書

年 月 日

処置部位



歯牙以外

部位:

処置内容

特記事項(必要事項があればご記載ください)

ご紹介医院