

구강악안면외과 진료의뢰서

대진의료재단 분당제생병원 치과 구강악안면외과 귀중

본원에 내원하였던 환자를 의뢰하오니 선처 바랍니다.

환자 성명 : 나이/성별 : 주민등록번호 :

■ 의뢰 부문 : ()안에 표시해 주십시오.

- () 매복치 발치 혹은 난발치술 () 치열교정을 위한 발치 혹은 소수술
- () 낭종 적출술 () 치근단 절제술 () 소대성형술
- () 보철을 위한 외과적 수술(전정성형술, 치조골성형술, 기타수술)
- () 종양 적출술(양성,악성) () 악안면 재건술
- () 악교정 수술
- () 악관절 질환 () 원인 미상의 악안면 동통 및 기능장애
- () 구순 및 구개열 () 악안면 외상(연조직 손상, 골절)
- () 타액선 질환
- () 악안면 성형술(반흔성형술, 비성형술, 구순성형술 등)
- () 악안면 감염
- () 원인 불명의 신경성 병변(지각 이상, 안면신경마비 등)
- () 기타 질환 () 치과 응급상황

■ 진료 후 요망사항에 표기해 주십시오.

- () 귀원에서 모든 치료를 전담하기 바람
- () 수술 후 처치까지 완료한 후 환자를 보내주기 바람
- () 수술만 시행한 후 환자를 보내주기 바람
- () 의뢰된 환자의 확진과 치료계획 설정 후 환자를 보내주기 바람

병의원명 :

의 사 :

병의원 주소 :

전화번호 :

본원에서는 개원의께서 의뢰하신 모든 환자를 정성을 다하여 진료한 후 진단과 치료내용을 서면 혹은 전화로 알려 드릴 것을 약속 드립니다.



치과 외래 전화 : 031)779-0188, 0189