

平成 年 月 日

治療継続依頼書



〒 000-0000

〇〇市〇〇町 〇-〇

TEL : 00-0000-0000 Fax : 00-0000-0000

歯科医院 院長 〇〇〇〇

〇〇医院

〇〇先生御机下

拝啓

〇〇の候、〇〇先生におかれましては益々ご健勝にてご活躍のこととお慶び申し上げます。さて、当院で矯正治療を進めてまいりました〇〇様が、〇〇市〇〇町に転居されることになりました。つきましては、別紙の資料にごございますように、今後の矯正治療管理をお願いしたくご紹介申し上げる次第です。ご多忙のところ大変恐縮ではございますが、ご高診、ご加療くださいますようお願い申し上げます。何か、ご不明な点や、資料に不備な点などございましたら、何なりとお申し付けください。

末筆ながら、〇〇先生と貴院の今後益々のご発展を心から祈念致します。

敬具

〇〇 〇〇

○患者名： ○○ ○○ 様 ・ ○性 ○歳○ヶ月

○主 訴： ○○○○○

○既往歴： ○○○○○

○診 断： ○○○○○

○小児での治療の概要：

○○に劣成長がみられたため○○による○○の成長促進と、○○がみられたため○○による○○を行ってまいりました。現在、○○による○○の成長促進を行っております。

○治療経過：

0000年 00月 00日 初診、初回検査
0000年 00月 00日 検査結果と治療計画の説明、○○装着のための印象採得
0000年 00月 00日 ○○装着、○○を開始
0000年 00月 00日 ○○
0000年 00月 00日 ○○の為の印象採得を行い、即日装着。○○開始
0000年 00月 00日 ○○
0000年 00月 00日 ○○に○○装着、○○あと○○継続
0000年 00月 00日 ○○あと○○継続し、○○終了、○○を開始
○○調節
0000年 00月 00日 検査(○○撮影、○○撮影等)、
○○の為の印象採得
0000年 00月 00日 ○○試適、○○の使用を開始
0000年 00月 00日 ○○撤去、○○使用状況確認
0000年 00月 00日 検査(○○、○○等)、
○○使用状況確認
0000年 00月 00日 ○○使用状況確認
0000年 00月 00日 ○○使用状況確認
○○市○○町に転居することが決定との報告

○現 状

現在、○○に○○装置(○○)を装着して○○の整直と、○○を使用し○○の成長促進を行っております。

○添付資料：

1. 予診表 . . . C D
2. 口腔内写真、顔面写真 . . . C D
3. レントゲン写真 C D
4. 模型

○治療費について

下記の内容で総額¥〇〇〇,〇〇〇をお支払い頂きました。

治療費内訳：	¥〇,〇〇〇	(初診料)
	¥〇〇,〇〇〇	(検査代)
	¥〇〇,〇〇〇	(診断料)
	¥〇〇〇,〇〇〇	(治療費)

転院となりましたので、お父様に今までの治療経過と進行の程度を説明の上、平成〇年〇月〇日に、¥〇〇〇,〇〇〇返金致しました。

今後の治療費につきましては、既にご両親にも説明し、ご了解頂いておりますが、貴院のシステムで算定をお願いします。

以上、治療の継続ということでご面倒をお掛けしますが、どうぞ宜しくお願い申し上げます。