

周術期口腔機能管理 紹介状

病 院 名			
ドクター名			
患 者 様 名			
年 齢	歳	性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
予定治療	<input type="checkbox"/> 手 術 <input type="checkbox"/> 化学療法		
手術予定日			
治 療 期 間			
予想される副作用	<input type="checkbox"/> 免疫抑制 <input type="checkbox"/> 口内炎 <input type="checkbox"/> 顎骨壊死		
備 考			



医療法人Y's会

蓮ヶ池歯科口腔外科・周術期口腔ケア

宮崎市大字芳士1222-1

TEL 0985-78-5090

FAX 0985-78-5091