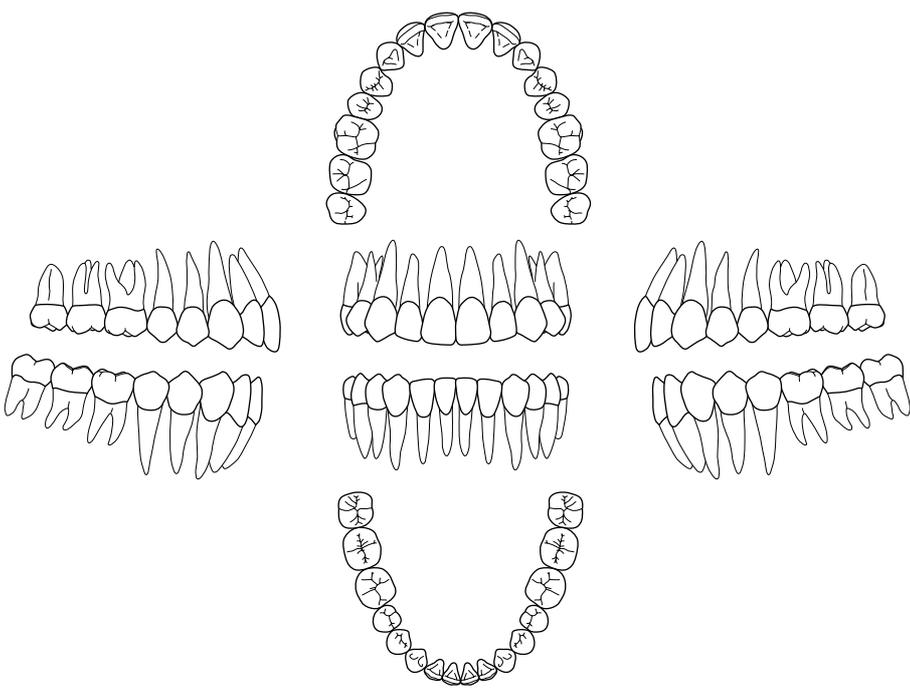


かかりつけ歯科医治療計画説明書

患者氏名

殿

平成 年 月 日

主たる 傷病名 ¹⁾			
他に見られ る症状等			
初診日	平成 年 月 日		
治療期間 又は治療回数 ²⁾			
治療計画 の概要			
保険給付外 の治療の有無	有 無	説明資料	スタディモデル 口腔内写真 症例写真集
備 考			
保険医療機関名 所在地 担当医氏名			

注1) : 病名等は, 現時点で考えられるものであり, 今後治療を進めていくにしたがって, 変わり得るものです.

注2) : 治療期間(回数)については, 現時点で予想されるものです.