# 진 료 의 뢰 서

환 자 이 름 : 나이/성별 : / 전화 :

생 년 월 일 :

현 주 소 :

의 뢰 과 :

| | | |
|---|---|---|
| 구강악안면외과 ( ) | 치주과 ( ) | 치과보존과 ( ) |
| 치과교정과 ( ) | 구강내과 ( ) | 소아치과 ( ) |
| 치과보철과 ( ) | 구강악안면방사선과 ( ) | |

환자주소(C/C) :

동통( ) 종창( ) 감염( ) 사랑니발치( ) 구강내수술( )
전신질환동반( ) 부정교합( ) 약관절질환( )
기타 :

병 력(P/I) :

기 타 의 견 :

요양기관번호 : TEL :

병 원 명 : _____ 치과의원 FAX :

원 장 : (서명) 주소 :

면 허 번 호 : 제 호

원광대학교치과대학병원
WONKWANG UNIVERSITY DENTAL HOSPITAL

우)54538
전북 익산시 무왕로 895
TEL (063)859-2908, 2909, 2929
FAX (063)857-4002
http://www.wkudh.ac.kr