**“올소치과는구강악안면외과로 특화된 병원입니다.”**

**진료의뢰서는 작성 후 Fax나 E-mail로 보내주시거나,**

**환자 편에 보내주셔도 좋습니다.**

**Tel : 02-542-3575 / Fax : 02-542-3576**

**E-mail : allsoclinic@naver.com**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 의뢰내용( √로 표시해주세요) | | | | | | |
|  | **2J** | **1J** | | | **돌출입수술 (ASO)** | |
| 안면윤곽 | **턱끝수술 (Genioplasty)** | **사각턱수술** | **비대칭 윤곽수술** | | | **광대축소술** |
| 수술 희망 시기 | **20 년 월** | **교정 시작 시기** | | **20 년 월** | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 발치 | 과잉치 | 소구치(치식) | 사랑니(치식) |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 턱관절 | 증 상: | | |
|  |  | | |
| 기타진단 | **물혹** | **종양** | **기 타 :** |

기타의뢰사항

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **병 원 명** |  | **담 당 의** |  |
| **연 락 처** |  | | |
| **이 메 일** |  | | |

