歯科治療計画書

医院／担当歯科医師

日付

患者名

生年月日

電話番号

No.	歯	診断	処置	概算費用	状況
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					

概算合計

支払済み

残額

メモ・相談した代替案

患者署名

歯科医師署名