

マイクロエンド ご紹介状送信フォーム

【 診療情報提供書 】

当院記入欄

FAX : **042-526-9233**

To. たちかわ歯内治療院

--

*From :

ご担当先生

フリガナ 患者氏名	()	歳
患者電話番号		Mobile
部位	_____	
急性症状	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
ご依頼内容	<input type="checkbox"/> カウンセリングのみ <input type="checkbox"/> CT 撮影 <input type="checkbox"/> 根管治療 <input type="checkbox"/> 生活歯髄療法 <input type="checkbox"/> 穿孔修復 <input type="checkbox"/> 異物除去 <input type="checkbox"/> 破折診断 <input type="checkbox"/> 外科的歯内療法 <input type="checkbox"/> 歯牙移植	
レジン支台築造による 根管系の歯冠側封鎖	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	
特記すべき症状や経過、連絡事項などございましたらご記入ください		

FAX にてご送信ください。送信頂きました文書・内容は厳重に管理致します。

ご紹介状送信前に以下の項目を患者様にお伝え下さい。

- 当院初回アPOINTはご紹介状 FAX を確認後に当院から患者様へ電話にて連絡をさせていただきます。
- 当院は保険医療機関ではございません。

当院へのご紹介が初めての場合はお手数ですが貴院連絡先を別紙にてお知らせ下さい。