

紹介状

- みしま歯内治療院 -

Fax : 050-3737-9237

下記ご記入の上、Faxにて送信をお願いいたします。

貴院名	貴院Tel 貴院Fax メールアドレス													
貴院住所														
ご担当医様														
ふりがな 患者様氏名	男性・女性													
患者様生年月日														
患者様電話番号														
部位	<table border="1"><tr><td></td><td>右側</td><td>左側</td></tr><tr><td>上顎</td><td>□□□□□□□□</td><td>□□□□□□□□</td></tr><tr><td></td><td>8 7 6 5 4 3 2 1</td><td>1 2 3 4 5 6 7 8</td></tr><tr><td>下顎</td><td>□□□□□□□□</td><td>□□□□□□□□</td></tr></table>			右側	左側	上顎	□□□□□□□□	□□□□□□□□		8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	下顎	□□□□□□□□	□□□□□□□□
	右側	左側												
上顎	□□□□□□□□	□□□□□□□□												
	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8												
下顎	□□□□□□□□	□□□□□□□□												
急性症状	あり・なし													
ご依頼内容	<input type="checkbox"/> カウンセリングのみ <input type="checkbox"/> 根管治療 <input type="checkbox"/> 穿孔修復 <input type="checkbox"/> 生活歯髄療法 <input type="checkbox"/> 異物除去 <input type="checkbox"/> 破折診断 <input type="checkbox"/> 外科的歯内療法													
レジン支台築造による歯冠側封鎖	要・不要													
その他、特記事項や連絡事項について														

ご記入いただいた内容は厳密に管理いたします。

ご紹介状送信前に以下の項目を患者様にお伝えください。

■紹介状を受信した後、当院より患者様へ電話にて連絡させていただき、来院のアポイントを取らせていただきます。