

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><tr><td></td><td colspan="8">右側</td><td colspan="8">左側</td></tr><tr><td>上顎</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td></td><td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td></tr><tr><td>下顎</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>			右側								左側								上顎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	下顎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	右側								左側																																																												
上顎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																						
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8																																																					
下顎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																					
急性症状	あり・なし																																																																				
ご依頼内容	<div><input type="checkbox"/> カウンセリングのみ</div> <div><input type="checkbox"/> 根管治療<input type="checkbox"/> 穿孔修復<input type="checkbox"/> 生活歯髄療法</div> <div><input type="checkbox"/> 異物除去<input type="checkbox"/> 破折診断<input type="checkbox"/> 外科的歯内療法</div>																																																																				
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。