

Fax : 043-215-8896

[Tel:043-215-8883](tel:043-215-8883)

根っこのクリニック 佐藤 紘子 宛

下記ご記入の上、Faxにて送信をお願い致します。

貴院名			貴院Tel													
			貴院Fax													
貴院住所																
御担当医様																
貴院メールアドレス																
ふりがな																
患者氏名								男性 ・ 女性								
患者様 生年月日 (西暦)			年	月	日	歳										
患者様 電話番号																
部位	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
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

ご記入頂いた内容は厳密に管理いたします。

※次回以降のご紹介時には医院様の住所、メールアドレスは省略していただいて構いません。

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またはメール) 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。