

Fax : 043-215-8896

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。

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