

甲斐昭和みんなのめぐみ歯科 ご紹介送信フォーム

中込 恵 宛

Fax: 055-276-5203

(Tel: 055 - 267-5202)

日付:

貴医院名:

ご担当医:

貴医院住所:

貴医院 TEL:

貴医院 FAX:

フリガナ 患者氏名	M ・ F 歳																
患者電話番号											Mobile						
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	☐ セカンドオピニオン ☐ 根管治療 ☐ 穿孔修復 ☐ 生活歯髄療法 ☐ 異物除去 ☐ 破折診断 ☐ 外科的歯内療法																
レジン支台築造による 根管系の歯冠側封鎖	要										不要						
症状、経過、連絡事項などをご記入下さい。																	

送信頂きました文書・内容は厳重に管理致します。

- ・当医院の初回アPOINTは当院から患者様へ電話連絡をさせていただきます。
- ・患者様に当医院の地図および注意事項をお渡し下さいますようお願いいたします。