



マイクロエンド 御紹介状

しんがい歯科医院 FAX 027-386-6481 TEL027-386-6480

御紹介元医療機関名： 様
歯科医師氏名： 様
TEL：

全てご記入いただき、FAXにてお送りいただきますようお願い致します。

患者氏名	フリガナ	性別	男・女	年齢	才
患者 TEL	日中つながる電話番号 1	電話番号 2			
依頼部位	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			
急性症状の有無	有 ・ 無				
現在根管治療中である	はい ・ いいえ				
カウンセリングのみ希望	はい ・ いいえ				
自費治療の告知	はい ・ いいえ				
ご依頼内容	生活歯髄療法 ・ 根管治療 ・ 穿孔修復 歯内療法外科 ・ 異物除去 ・ 破折診断				
レジン支台築造	要 ・ 不要				
テンポラリークラウン製作	要 ・ 不要				
特筆すべき症状や経過連絡事項等					

初回アPOINTは、患者様ご本人よりお電話でお問い合わせいただきますようお願いいたします。こちらからご連絡する場合もございます。