

# 紹介状送信フォーム

FAX:045-509-1482 (TEL:045-509-1481)

州デンタルオフィス 宛

貴医院名 \_\_\_\_\_ お名前 \_\_\_\_\_ 先生

患者氏名 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 性別 男・女

患者電話番号 \_\_\_\_\_ 携帯番号 \_\_\_\_\_

部位 \_\_\_\_\_

ご依頼内容 該当する□にチェックを入れてください。

診査・診断・カウンセリングのみ

根管治療

( 根管充填後の支台築造による根管系の歯冠側封鎖)

生活歯髄療法

パーフォレーション修復

破折の診断

根管内異物除去

外科的歯内療法

特記事項・連絡事項等ありましたらご記入ください。

送信いただきました文書は厳重に管理いたします。

送信前に当院の地図および注意事項を患者様に必ずお渡しください。

当院へのご紹介が初めての場合はお手数ですが貴院連絡先を別紙にてお知らせ下さい。