

ご紹介送信フォーム Tominaga Dental Clinic

医療法人とみなが歯科医院 富永 敏彦 宛

FAX : 088 - 688 - 1906

日付： 年 月 日

貴院名：

ご担当医名：

貴院ご連絡先：

E-mail：

～患者さん 診療情報提供書～

フリガナ		生年月日	年 月 日
患者氏名			
ご連絡先		性別	男性 ・ 女性
部位・症状名	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"/> 診査・診断 カウンセリングのみ (セカンドオピニオン) <input type="checkbox"/> 高周波根尖療法 EMAT <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"/> 根管内異物除去 <input type="checkbox"/> 破折診断 <input type="checkbox"/> 外科的歯内療法 <input type="checkbox"/> その他 ()		
レジン支台築造による 根管系の歯冠側封鎖	要	・	不要
その他：特記すべき症状や経過、連絡事項など			

●ご記入いただいた内容は厳密に管理致します。

●初回アPOINTは紹介状確認後に当院から患者さんへ電話にてご連絡をさせていただきます。



医療法人とみなが歯科医院