

ご紹介送信フォーム～診療情報提供書～

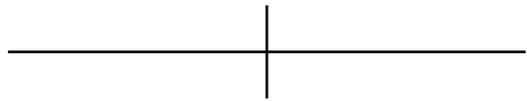
しもやま歯科クリニック 下山 智義 宛

FAX:04-2929-8182

日付: _____

貴医院名: _____ ご担当医: _____

貴医院TEL: _____ FAX: _____

フリガナ 患者氏名	M・F		歳
患者電話番号	Mobile		
部位・傷病名			
急性症状	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 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"/> 根管治療 → 根管充填後のレジン支台築造による根管系の歯冠側封鎖 <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要 <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(_____)		
特記すべき症状や経過、連絡事項などございましたら詳しくご記入ください。			

FAXにてご送信ください。送信いただきました文書・内容は厳重に管理いたします。

- 初回アPOINTはFAXを確認後に当医院から患者様へ電話にて連絡させていただきます。
- 当医院の地図や治療の流れはHPでご確認ください。(www.shimoyama-dc.com)