しもやま歯科クリニック

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	□あり　　□なし	
ご依頼内容	□診査・診断 カウンセリングのみ(セカンドオピニオン) □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 □必要　□不要 □穿孔修復　□生活歯髄療法　□根管内異物除去 □破折診断　□外科的歯内療法 □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。

● 初回アポイントは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）