

歯内治療紹介状

医療機関名	
住 所	〒
電 話 番 号	
Facsimile 番号	
歯科医師氏名	印

患 者 氏 名	M・F 歳	
患者電話番号	TEL	Mobile(携帯)
部 位		
急性症状の有無	有 ・ 無	
現在根管治療中であ	はい ・ いいえ	
カウンセリングのみ希	はい ・ いいえ	
既 往 歴	感染症の有無(必須事項 <input type="checkbox"/> に <input checked="" type="checkbox"/> チェックを入れてください) <input type="checkbox"/> 有(感染症名) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	
方 針	自費 ・ 保険 ・ 未定	
依 頼 内 容	<input type="checkbox"/> 根管治療 <input type="checkbox"/> 歯髄保存治療 <input type="checkbox"/> 外科的歯内治 その他()	
症状経過および 連絡事項		
現 在 の 処 方		

◎紹介頂いた患者様の初回のアPOINTはご本人から直接電話にて頂きます。

◎詳細な備考等ございましたら bunkyhongo.endo@gmail.com までご連絡頂けましたら幸いです。

本郷瀧田歯科医院 (代)03-5615-8424