

# ご紹介送信フォーム

さっぽろ元町歯科クリニック

高橋周平 宛

FAX 011-722-0556

送信日 :

貴医院名 :

ご担当医 :

貴医院住所 :

貴医院電話番号 :

貴医院FAX番号 :

|                                 |  |  |  |  |  |                             |  |  |  |  |
|---------------------------------|--|--|--|--|--|-----------------------------|--|--|--|--|
| フリガナ<br>患者氏名                    |  |  |  |  |  |                             |  |  |  |  |
| 患者電話番号                          |  |  |  |  |  |                             |  |  |  |  |
| 部位                              | 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                            |  |  |  |  |  |                             |  |  |  |  |
| ご依頼内容                           | <input type="checkbox"/> カウンセリングのみ<br><input type="checkbox"/> 根管治療<br><input type="checkbox"/> 破折診断<br><input type="checkbox"/> その他 ( )<br><input type="checkbox"/> 再根管治療<br><input type="checkbox"/> 外科的歯内療法 |  |  |  |  |                             |  |  |  |  |
| 支台築造                            | <input type="checkbox"/> 必要  |  |  |  |  | <input type="checkbox"/> 不要 |  |  |  |  |
| 特記すべき症状や経過、連絡事項などございましたらご記入ください |  |  |  |  |  |                             |  |  |  |  |

こちらに必要事項を記入し、FAXもしくは写真に  
撮ってメール (sapporo.shuhei.takahashi@gmail.com)にお送りください。