

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 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	<div><input type="checkbox"/> カウンセリングのみ</div> <div><input type="checkbox"/> 根管治療</div> <div><input type="checkbox"/> 破折診断</div> <div><input type="checkbox"/> その他（</div> <div><input type="checkbox"/> 再根管治療</div> <div><input type="checkbox"/> 外科的歯内療法</div> <div>)</div>															
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。