

# 歯内療法 ご紹介状

ご紹介元医療機関名  
 歯科医師氏名  
 TEL

様  
 様

※全てご記入いただき、FAXにてお送りいただきますようお願いいたします。

フリガナ 患者氏名									性別 男・女									年齢	才
患者電話番号	① (日中繋がる番号)								②										
ご依頼部位	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			
急性症状の有無	有 ・ 無																		
現在根管治療中 である	はい ・ いいえ																		
カウンセリング のみ希望	はい ・ いいえ																		
自費治療の告知	済 ・ 未																		
ご依頼内容	歯髄温存療法 ・ 根管治療 ・ 穿孔修復 外科的歯内療法 ・ 異物除去 ・ 破折診断																		
Tec 製作	要 ・ 不要																		
特筆すべき症状 や連絡事項等	※支台築造までを当院の根管治療とさせていただきます																		
当院からの ご連絡方法	<input type="checkbox"/> FAX (番号： ) <input type="checkbox"/> メール (メールアドレス： )																		

**FAX : 0438-38-4853**