

FAX : 052-202-3018 TEL : 052-202-3017

info@aichi-endodontist.com 高橋歯科 高橋 玄

下記ご記入の上、Fax またはメールにて送信をお願いいたします。

※必須

貴院名 ※			TEL																																
			FAX																																
貴院住所 ※																																			
ご担当医様 ※																																			
フリガナ 患者様氏名 ※																																			
患者様生年月日(西暦) ※			男性・女性																																
患者様電話番号 ※																																			
部位 ※	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td> </tr> <tr> <td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td> </tr> </table>		8	7	6	5	4	3	2	1	8	7	6	5	4	3	2	1	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td> </tr> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1																												
8	7	6	5	4	3	2	1																												
1	2	3	4	5	6	7	8																												
1	2	3	4	5	6	7	8																												
急性症状 ※	あり		なし																																
ご依頼内容 ※	<input type="checkbox"/> カウンセリングのみ <input type="checkbox"/> 根管治療 <input type="checkbox"/> 穿孔修復 <input type="checkbox"/> 生活歯髄療法 <input type="checkbox"/> 異物除去 <input type="checkbox"/> 破折診断 <input type="checkbox"/> 外科的歯内療法																																		
レジン支台築造による 歯冠側封鎖 ※	要		不要																																

その他、特記事項や連絡事項について

ご記入頂いた内容は厳密に管理いたします。

ご紹介状送信前に以下の項目を患者様にお伝えください。

- 当院初回アPOINTはご紹介状(またはメール)を確認後に当院から患者様へ電話にて連絡をさせていただきます。
- 当院は保険医療機関ではございません。