

ご紹介送信フォーム - 新潟歯科・矯正歯科 HIDENT -

ご紹介元医療機関名: (ご担当医 先生)

ご住所:

TEL:

FAX:

お手数ですが以下、ご記入ください。

ふりがな	年齢	性別
患者様氏名	歳	男・女
住所 〒	電話番号	
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		
ご依頼内容	<input type="checkbox"/> セカンドオピニオン	
	<input type="checkbox"/> 根管治療	<input type="checkbox"/> 生活歯髄療法 <input type="checkbox"/> 歯根端切除術
	<input type="checkbox"/> 破折診断 <input type="checkbox"/> その他 ()	
レジン支台築造	要・不要	
急性症状	あり・なし	
その他特記事項および連絡事項等ございましたらご記入ください (既に根管治療を開始している場合、その時期について など)		
添付資料(デンタル・CT・その他・無し) 添付資料の返却(必要・不要)		

- ・ご記入いただいた内容は個人情報に関する法令を遵守し適切な取り扱いをいたします。
- ・初回アポイントにつきましては、患者様より当院へのお電話にてご予約をおとりいただけますようご案内をお願いします。

ご予約、お問い合わせはこちら

Tel : 025-267-2525 Fax : 025-267-2527

