

Fax:0568-76-0012

TEL:0568-76-0051

ケンデンタルクリニック 小牧院宛

下記ご記入の上、Faxにて送信をお願いいたします

貴院名	貴院 TEL	
	貴院 FAX	
貴院住所		
ご担当医様		
ふりがな 患者様氏名		男性・女性
患者様生年月日(西暦)		
患者様電話番号		
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	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"/> 異物除去 <input type="checkbox"/> 穿孔修復 <input type="checkbox"/> 生活歯髄療法 <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・どちらでも可	
最終補綴物の装着 (自費診療となります)	要・不要・どちらでも可	
その他 特記事項や連絡事項		
報告書の送付方法	<input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> E-mail(_____ @ _____)	

*こちらのご紹介フォームは保険外根管治療の申込となります。

*当院初回アPOINTはご紹介状(FAX)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。

*ご紹介いただいた患者様は根管治療終了後に必ずご紹介いただいたの医院様へお帰りいただきます。