ラージデンタルクリニック

紹介 FAX フォーム

診療情報提供書　　松原 大 宛

FAX 022-209-2392

送信日　　年　　月　　日

紹介元医療機関名	
ご担当医	
TEL　　FAX	

フリガナ	
患者氏名	様
生年月日・年齢	年　　月　　日生　／　　歳
患者電話番号	

対象歯・傷病名	
依頼内容	□ 診査・診断／カウンセリング（セカンドオピニオン） □ 根管治療　□ 穿孔修復　□ 生活歯髄療法 □ 根管内異物除去　□ 破折診断　□ 外科的歯内療法 □ その他（　　）
急性症状	□ あり　□ なし 症状・発症時期（　　）
治療状況	□ 未処置　□ 治療中　□ 根管充填済 最終処置日・処置内容（　　）
レジン支台築造による歯冠側封鎖	□ 要　□ 不要　□ 相談

自由記述　症状・経過・既往歴・連絡事項など

ご予約は患者様ご自身でお電話にてお願いいたします。

TEL 022-209-2392

診療時間 10:00〜17:00　／　休診日 木曜・日曜・祝日