

# 紹介状

- みしま歯内治療院 -

Fax : 050-3737-9237

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												
	メールアドレス												
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													
患者様電話番号													
部位	<table border="1"><thead><tr><th></th><th>右側</th><th>左側</th></tr></thead><tbody><tr><td>上顎</td><td><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td></td><td>8 7 6 5 4 3 2 1</td><td>1 2 3 4 5 6 7 8</td></tr><tr><td>下顎</td><td><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td></tr></tbody></table>		右側	左側	上顎	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	下顎	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	右側	左側											
上顎	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>											
	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8											
下顎	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>											
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

ご記入いただ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。

■紹介状を受信した後、当院より患者様へ電話にて連絡させていただき、来院のアポイントを取らせていただきます。