



# Shimoyama Dental Clinic

Practice Limited to Endodontics and Microsurgery

## ご紹介送信フォーム～診療情報提供書～

しもやま歯科医院 下山 智義 宛

FAX: 03-6903-1787

日付: \_\_\_\_\_

貴医院名: \_\_\_\_\_ ご担当医: \_\_\_\_\_

貴医院TEL: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_

フリガナ 患者氏名	_____	年齢	_____
患者電話番号	_____	Mobile	_____
部位・傷病名	_____		
急性症状	あり	なし	
ご依頼内容	<input type="checkbox"/> 診査・診断 カウンセリングのみ (セカンドオピニオン) <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"/> 根管内異物除去 <input type="checkbox"/> 破折診断 <input type="checkbox"/> 外科的歯内療法 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )		
レジン支台築造による 根管系の歯冠側封鎖	要	不要	
特記すべき症状や経過、連絡事項などがございましたら詳しくご記入ください。			

- 初回アPOINTはFAXを確認後に当医院から患者様へ電話にて連絡させていただきます。
- 当医院の地図および注意事項をご確認ください。