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～

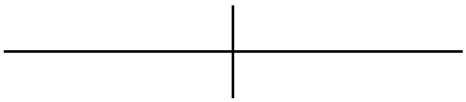
しもやま歯科医院　下山 智義 宛

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		性別	
部位・傷病名			
急性症状	あり　　なし		
ご依頼内容	□診査・診断 カウンセリングのみ（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（　　）		
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。			

●初回アポイントは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。