

FAX : 054-275-0523 (TEL: 054-275-0520)

貴医院名 : _____ ご担当医 : _____

貴医院住所 : _____

貴医院TEL : _____ 貴医院FAX : _____

フリガナ 患者氏名			M・F	歳
患者電話番号	自宅 () - -	携帯 () - -		
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"/> セカンドオピニオンのみ <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 根管系の歯 冠側封鎖	要	不要		
特記すべき症状や経過、連絡事項などございましたらご記入ください				