

ご紹介状

マイクロエンド歯科 宛

＜ご紹介患者様＞

患者様氏名	様
連絡先	

＜ご紹介元歯科医院様＞

歯科医院名	
歯科医師名	先生
ご住所（*）	〒
連絡先（*）	

（*）ご紹介が初めてのケースのみご記入お願い致します。

＜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

＜ご依頼内容＞

☐ セカンドオピニオン

☐ 根管治療

根管治療後のレジン支台築造 ☐ 必要 ☐ 不要

☐ 生活歯髄療法

☐ 外科的歯内療法

☐ 破折診断

☐ 異物除去

☐ 穿孔修復

☐ 上顎洞炎

☐ その他（ ）

＜その他 特記事項＞

FAX 送信先：03-6659-3097