

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 (*)	

(*) ご紹介が初めての場のみご記入お願い致します。

<部位> _____

<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
- CT 診断
- その他 ()

<その他 特記事項>

FAX 送信先 : 03-6659-3097