



マイクロエンド 御紹介状 送信フォーム

FAX : 011 - 207 - 8868

To: Canal Dental Office

* From: _____

全て必須事項です。お手数をお掛けしますが宜しくお願い致します。

患者氏名	ふりがな	M・F	歳
患者電話番号		Mobile	
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	
急性症状の有無	有	無	
現在根管治療中である	はい	いいえ	
カウンセリングのみ希望	はい	いいえ	
自費治療の告知	有	無	
御依頼内容	根管治療 ・ 再根管治療 ・ 異物除去 穿孔修復 ・ 生活歯髄療法 ・ 歯内療法外科		

特記すべき症状や経過、連絡事項等がございましたら御記入願います。

送信頂きました文書・内容は厳重に管理致します。

患者様の初回アPOINTはこちらからの電話連絡にて頂きますので、
その旨を事前に患者様にお伝え頂きますようお願い申し上げます。

(* 当院への御紹介が初回の際は、お手数ですが貴院連絡先を別紙にてお知らせ下さい。)

FAX : 011 - 207 - 8868