

ご紹介送信フォーム

レイス虫歯クリニック FAX 050-3488-4313
(TEL 042-629-9902)

貴院名

貴院 住所

貴院 電話番号

貴院 FAX

ご担当医様

様

患者様 氏名

様

患者様 電話番号

患者様 性別

男性・女性 (○をおつけください)

患者様 生年月日

 年 月 日

患者様 治療部位

上 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8

下 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 (○をおつけください)

急性症状

あり・なし (○をおつけください)

ご依頼内容

- カウンセリングのみ
 根管治療 穿孔修復 生活歯髄療法
 異物除去 破折診断 外科的歯内療法

支台築造

要・不要 (○をおつけください)

その他、特記事項