

マイクロエンド 御紹介状 送信フォーム

To: Hinode Dental Clinic FAX: 0270-22-5050

From:

全て必須事項です。お手数をおかけ致しますがよろしくお願い致します。

患者氏名	
患者電話番号	
部位	
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	はい・いいえ
ご依頼内容	生活歯髄療法・根管治療・穿孔修復 歯内療法外科・異物除去・破折診断
レジン支台築造	要・不要
特記すべき症状や経過 連絡事項等ございましたら ご記入ください	

TEL&FAX: 0270-22-5050