

## FAX 0985-71-3669

下記ご記入の上、FAXにて送信お願いいたします。

※印は必須項目です。

### ■ 医院情報（紹介元）※

・ 貴院名： \_\_\_\_\_ ・ ご担当医： \_\_\_\_\_  
・ TEL： \_\_\_\_\_ ・ FAX： \_\_\_\_\_  
・ メール： \_\_\_\_\_ ・ 住 所： \_\_\_\_\_

### ■ 患者様情報 ※

・ 氏名（ふりがな）： \_\_\_\_\_ ・ 性別： ☐ 男性 ☐ 女性  
・ 生年月日： \_\_\_\_\_ ・ 電話番号： \_\_\_\_\_

### ■ 部位（該当部位にチェック）※

上顎： ☐8 ☐7 ☐6 ☐5 ☐4 ☐3 ☐2 ☐1 ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6 ☐7 ☐8

下顎： ☐8 ☐7 ☐6 ☐5 ☐4 ☐3 ☐2 ☐1 ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6 ☐7 ☐8

### ■ 急性症状 ※

☐ あり ☐ なし

### ■ ご依頼内容 ※

☐ カウンセリングのみ ☐ 根管治療 ☐ 再根管治療 ☐ 穿孔修復 ☐ 生活歯髄療法  
☐ 根管内異物除去 ☐ 破折診断 ☐ 外科的歯内療法 ☐ その他・判断に迷う症例

### ■ レジン支台築造による歯冠側封鎖 ※

☐ 要 ☐ 不要

### ■ その他・連絡事項

---

画像資料等がございましたら、紹介状とあわせてお送りください。

- ・ ご記入いただいた内容は厳密に管理いたします
- ・ 紹介状受信後、当院より患者様へお電話し、初診予約をお取りします。
- ・ 予約が確定しましたら、紹介元の医院様へご報告いたします。
- ・ 歯内療法終了後は、治療報告書を添えて患者様を貴院へお戻しいたします。

みやざき歯内治療院 院長 東 泰輔