**松本歯科医院　紹介状**

松本歯科医院　　松本弥之　宛

|  |  |
| --- | --- |
| 貴院名 |  |
| ご担当医様氏名 |  |
| 貴院住所 |  |
| 貴院Tel |  |
| 貴院E-mail |  |

【紹介元医療機関】

【患者様情報】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 患者様氏名 |

|  |
| --- |
| (フリガナ) |
|  |

 |
| 患者様生年月日 | M・T・S・H・R　　　年　　　月　　　日 |
| 患者様性別 | 男性・女性 |
| 患者様電話番号 |  |
| 部位 | ８７６５４３２１　１２３４５６７８８７６５４３２１　１２３４５６７８ |
| 急性症状の有無 | 有・無 |
| ご依頼内容 | ・カウンセリングのみ(セカンドオピニオン)・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 |
| 歯冠側封鎖 | ※レジン築造にて行います。　　　　要・不要 |
| その他特記事項や連絡事項について |  |

・こちらのご紹介フォームは保険外根管治療の申込となります。

・ご記入頂いた内容は厳密に管理いたします。

・貴院における治療内容及び依頼内容を明記した紹介状を患者様にお渡しし、当院に電話で診査の予約を取るようにお伝えください。

・根管治療が終わり次第、患者様はご紹介いただいた医院様にお帰りいただきます。

**松本歯科医院**