

インプラント関連手術依頼書

医療法人社団桜風会 松本デンタルオフィス
〒207-0011 東京都東大和市清原4-10-27 2F
TEL.042-569-8127 FAX.042-569-8137 E-mail : contact@m-dental.tokyo

依頼医御氏名	_____						
住所	_____						
電話	_____ F A X _____						
E-mail	_____						
患者様御氏名	_____						
電話	_____						
年 月 日生 (歳) 性別 ()	_____						
依頼内容：必要なものを○で囲んでください 抜歯 ・ サイナスリフト ・ インプラント手術 ・ 上部構造 その他 _____ * 使用インプラント種類：	_____						
インプラント埋入予定部位：○で囲んでください <table border="1"><tr><td>7 6 5 4 3 2 1</td><td> </td><td>1 2 3 4 5 6 7</td></tr><tr><td>7 6 5 4 3 2 1</td><td> </td><td>1 2 3 4 5 6 7</td></tr></table>	7 6 5 4 3 2 1		1 2 3 4 5 6 7	7 6 5 4 3 2 1		1 2 3 4 5 6 7	
7 6 5 4 3 2 1		1 2 3 4 5 6 7					
7 6 5 4 3 2 1		1 2 3 4 5 6 7					
最近6ヶ月以内の抜歯：(あり・なし) ありの場合、部位と時期	_____						
全身的特記事項：							
服用中の薬：あり (薬の名称： _____) ・ なし							
局所的特記事項：							
喫煙：(あり・なし)							

FAXにてご送信ください。送信頂きました文書・内容は厳重に管理致します。

ご紹介状送信前に以下の項目を患者様にお伝え下さい。

- 当院初回アPOINTはご紹介状 FAX を確認後に当院から患者様へ電話にて連絡をさせていただきます。

当院へのご紹介が初めての場場合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. 042-569-8137