

下記ご記入の上、当院までFAXお願いいたします。

FAX:079-564-0176

貴院名			
住所			
電話番号			
メールアドレス			
担当医			
患者様氏名			
患者様氏名(カナ)			
性別	男性 / 女性		
生年月日	年 月 日		
急性症状	あり / なし		
部位		右側	左側
	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
ご依頼内容	審査診断 / 生活歯髄治療 / 根管治療 / 外科的歯内療法 / 異物除去 その他 ()		
穿孔	有 / 無 / 疑		
歯根破折	有 / 無 / 疑		
ファイル破折	有 / 無 / 疑		
治療経過を ご記入ください			