

Fax : 03-5577-4193 TEL : 03-5577-4049

大塚デンタルクリニック 大塚 詠一朗 宛

下記ご記入の上、Fax にて送信をお願いいたします。

貴院名	貴院 TEL	
	貴院 FAX	
貴院住所		
ご担当医様		
患者様氏名 <small>ふりがな</small>	男性・女性	
患者様生年月日 (西暦)		
患者様電話番号		
部位	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8
	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	<input type="checkbox"/> カウンセリングのみ <input type="checkbox"/> 根管治療 <input type="checkbox"/> 穿孔修復 <input type="checkbox"/> 生活歯髄療法 <input type="checkbox"/> 異物除去 <input type="checkbox"/> 破折診断 <input type="checkbox"/> 外科的歯内療法	
レジン支台築造による 歯冠側封鎖	要	不要

その他、特記事項や連絡事項について

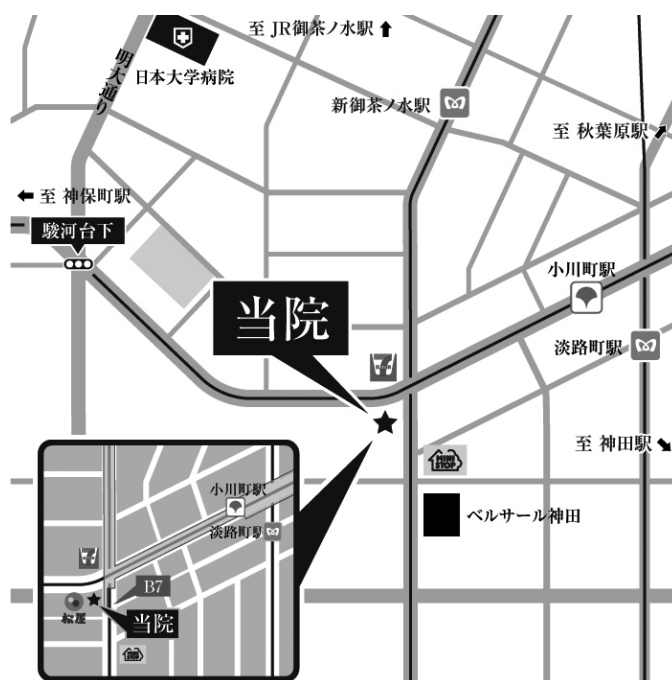
ご記入頂いた内容は厳密に管理いたします。

※次回以降のご紹介時には医院様の住所は省略していただいて構いません。

ご紹介状送信前に以下の項目を患者様にお伝えください。

- 当院初回アPOINTはご紹介状(FAXまたはメール)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。
- 当院は保険医療機関ではございません。

大塚デンタルクリニック



〒101-0052

東京都千代田区神田小川町2-1日米商会ビル5階

TEL. 03-5577-4049 FAX. 03-5577-4193

HP. <https://www.otsuka-endodontist.com/>

診療時間	月	火	水	木	金	土	日・祝
10:00～13:00	●	●	/	●	●	●	/
14:00～19:00	●	●	/	●	●	★	/

休診日：水曜・日曜・祝日

★：14:00～17:00

※カウンセリング後の診療日は応相談

<受診時注意事項>

- 当院は保険医療機関ではありません。全て自由診療になります。
- 初回のご予約は当院より患者様へ直接お電話させて頂きお取り致します。
- 初診時は診査、診断、カウンセリングを行い基本的には治療は行いません。
- 来院時にはご本人確認の為、身分証明書のご持参をお願い致します。
(免許証、パスポート、マイナンバーカード等)