

良デンタルクリニック 神戸 良 宛

Fax:075-353-6100

(Tel:075-353-6118)

日付: _____

貴医院名: _____ ご担当医: _____

貴医院住所: _____

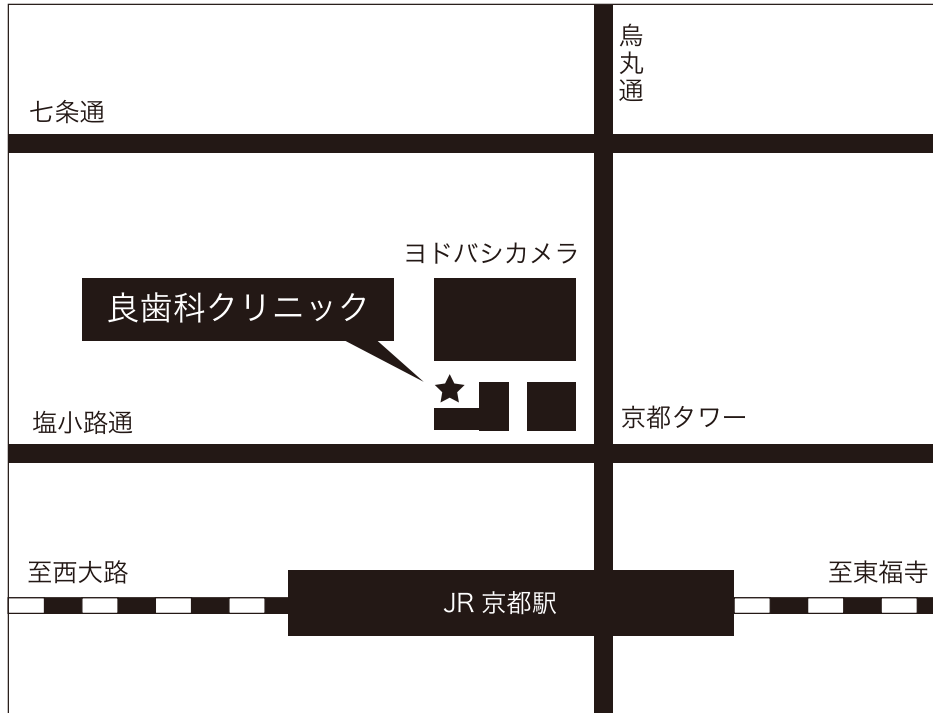
貴医院 TEL: _____ 貴医院 FAX: _____

フリガナ 患者氏名	M ・ F		歳
患者電話番号		Mobile	
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"/> セカンドオピニオン <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 根管系の歯冠側封鎖	要	不要	
特記すべき症状や経過、連絡事項などございましたらご記入ください			

送信頂きました文書・内容は厳重に管理致します。

- 当医院の初回アPOINTは当院から患者様へ電話連絡をさせていただきます。
- 患者様に当医院の地図および注意事項をお渡し下さい。

RD RYO DENTAL CLINIC
practice limited to endodontics



〒600-8216

京都市下京区塩小路通烏丸西入東塩小路町579-1 山崎メディカルビル7F

TEL.075-353-6118 FAX.075-353-6100

HP.<http://kyoto-endodontist.com>

【診療時間】10:00 - 13:00 / 14:00 - 18:00 【休診日】水曜/日曜/祝日

※完全予約制 ※自費治療専門

<受診時注意事項>

- ・当医院は保険医療機関ではありません。全て自由診療となります。
- ・初回のご予約は当医院より患者様へ直接お電話にてご連絡を致します。
- ・初診時は診査診断と治療方針のご説明を行います。基本的には治療は行いません。
- ・初診時にはご本人確認ができるものを持参して下さい。

ご本人確認できるもの（免許証、健康保険証、パスポート等）のコピーを取らせて頂きます。

患者様をご紹介して頂いてから治療完了後、
貴医院にお戻りいただくまでの流れ

1 FAXによるご紹介フォームの送信

ご紹介フォームに必要事項をご記入の上、下記のFAX番号に送信して下さい。

FAX: 075-353-6100

2 当医院から患者様のご予約を承ります

貴医院からのご紹介フォームFAXを受信次第、直ちに当医院から患者様へ電話連絡にて当医院への来院日時を伺います。

3 ご予約完了のお知らせ

ご紹介フォームをFAXにて受信後3日以内に、貴医院へご予約が完了した旨のお知らせをお電話にて致します。FAXが正常に受信されない等のトラブルの可能性がありますのでご予約完了の連絡がない場合はお手数ですが当医院までお問い合わせ下さいますようお願い致します。(Tel: 075-353-6118)

4 検査・診断・歯内療法処置

当医院での検査・診断・歯内療法処置終了後は患者様に速やかに貴医院のご予約を取って頂きます。

5 報告書の送付

貴医院にて歯内療法終了後の修復処置および経過観察がスムーズに行えるように、貴医院に郵送にて当医院における歯内療法施術報告書を送付致します。