

治療依頼・診療情報提供書
(FAX用:03-6262-1045)

年 月 日

歯科医院名：
住所：
電話番号：
担当歯科医師： 先生

患者氏名	
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (歳) 男 ・ 女

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

ご依頼内容 (該当部位に ○をつけてく ださい)	診査 生活歯髄療法 抜髄治療 再根管治療 外科的歯内療法 (歯根端切除術、意図的再植術) 歯根破折の診査 歯根吸収歯の治療 外傷歯の診査、治療 その他 ()
既往歴及び 家族歴	
病状経過	
現在の処方	あり () なし
その他 特記事項	

LEE'S DENTAL CLINIC
〒103-0027 東京都中央区日本橋3-8-10 島崎ビル2階
TEL/FAX : 03-6262-1045