

北戸田 COCO 歯科

インプラント手術依頼書(※メールまたは FAX にてご依頼ください)

| | |
|--|---|
| 御依頼クリニック名 | 依頼医御氏名 |
| 住所 〒 電話番号 | |
| 患者様氏名 依頼内容 | |
| 既往歴 | |
| ※感染症の有無 <input type="checkbox"/> あり (感染症名 |) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 未検査 <input type="checkbox"/> 不明 |
| 現在までの症状・治療経過 | |
| 現在の処方 | |
| 処置後の対応 <input type="checkbox"/> 紹介元で診療 | <input type="checkbox"/> 紹介先(北戸田 COCO 歯科)で診療 |
| 備考 | |

北戸田 COCO 歯科

〒335-0021 埼玉県戸田市新曽 2002-1 プルメリア北戸田 1 階

TEL:048-229-8185 FAX:048-229-8185

予約フォーム:info@kitatoda-cocoshika.com

