

FAX: 03-6459-7967 (FAX でも OK です)

平成 年 月 日

依頼書

宛先
〒145-0071 東京都大田区田園調布 2-47-2
ひとみ矯正歯科クリニック
院長 / 歯学博士 倉林仁美
電話 03-6459-7967
eメール info@hitomiortho.com

【紹介元医療機関】

医療機関名

所在地

電話番号

歯科医師名

印

下記の患者様をご紹介します。

【連絡事項】

ふりがな

患者氏名

生年月日 明・大・昭・平 年 月 日生 (歳) 男・女

連絡先 (保護者氏名)

住所

電話番号 eメール

【紹介目的】

1. 矯正相談 / 2. 転院 / 3. 口腔ケア / 4. ホワイトニング

5. そのほか ()

【備考】 (現在の状態など)

来院希望時期

年 月 日

こちらから患者様への連絡の必要性

有・無