



# マイクロエンド 御紹介状

しんがい歯科医院 FAX 027-386-6481 TEL027-386-6480

御紹介元医療機関名： 様  
TEL：

全てご記入いただき、FAXにてお送りいただきますようお願い致します。

患者氏名	フリガナ	性別	男・女	年齢	才
患者 TEL	日中つながる電話番号 1	電話番号 2			
依頼部位	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			
急性症状の有無	有 ・ 無				
現在根管治療中である	はい ・ いいえ				
カウンセリングのみ希望	はい ・ いいえ				
自費治療の告知	はい ・ いいえ				
ご依頼内容	生活歯髄療法 ・ 根管治療 ・ 穿孔修復 歯内療法外科 ・ 異物除去 ・ 破折診断				
レジン支台築造	要 ・ 不要				
特筆すべき症状や経過連絡事項等					
治療の希望時間	ご都合の良い時間帯に○印を記入してください。				
	月	火	水	木	金 土
9:00~13:00			/		
14:30~18:30			/		~14:30 まで
<input type="checkbox"/> 午前の 早め・遅め <input type="checkbox"/> 午後の 早め・遅め <input type="checkbox"/> 都合がつけられます 1回の治療時間は、1時間30分~2時間程です。					

初回アPOINTは、患者様ご自身よりお電話でお問い合わせいただきますようお願い致します。

完全予約制

TEL 027-386-6480

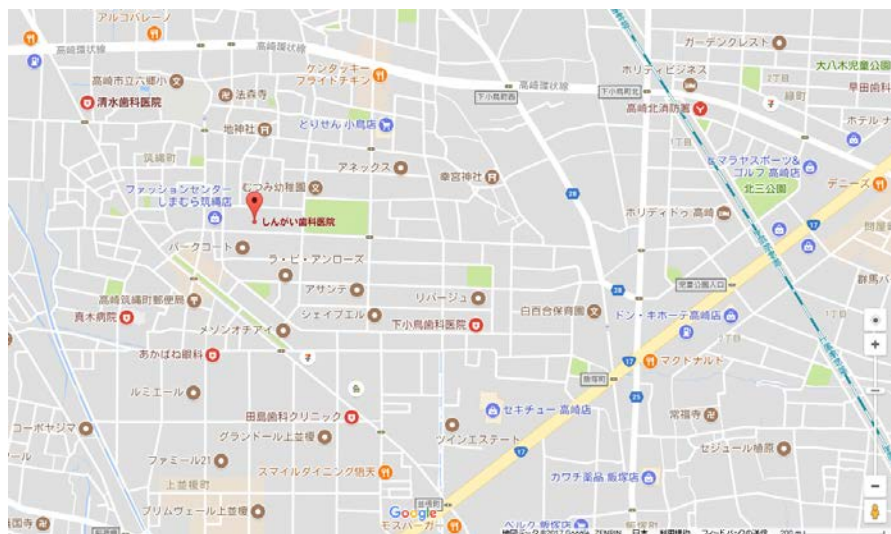
診療時間

	月	火	水	木	金	土	日
午前 9:00 ~ 13:00	○	○	△	○	○	◎	△
午後 2:30 ~ 6:30	○	○	△	○	○	◎	△

◎＜土曜＞午前 9:00～午後 2:30

所在地

〒370-0075 群馬県高崎市筑縄町20-5



この度は数ある医院の中から当院を選んでいただきありがとうございます。

- 1枚目のPDFファイル（マイクロエンド御紹介状）をプリントアウトしていただき、全てご記入の上、FAXにてお送りください。
- 完全予約制です。アPOINTは患者様ご自身より電話にてお問い合わせください。
- 初回アPOINTは診査を行い、その内容をもとに治療の説明・相談を致します。2回目以降治療が始まります。
- 治療には1回あたり1.5時間～2時間の時間が必要です。
- 当院には看板がありません。コンビニエンスストア「サンクス」様の隣の建物です。

ご不明な点がございましたら、お気軽にお問い合わせください。