

インプラント治療依頼書

依頼医御氏名	
住所	
電話	FAX
E-mail	
患者様御氏名	
電話	
年	月 日生 (歳) 性別 ()
依頼内容：必要なものを○で囲んでください 抜歯 ・ サイナスリフト ・ インプラント手術 ・ 上部構造 その他 _____ * 使用インプラント種類：	
インプラント埋入予定部位：○で囲んでください	
7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7
7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7
最近6ヶ月以内の抜歯：(あり・なし) ありの場合、部位と時期	
全身的特記事項：	
服用中の薬：あり (薬の名称：) ・ なし	
局所的特記事項：	
喫煙：(あり・なし)	

FAXにてご送信ください。送信頂きました文書・内容は厳重に管理致します。

ご紹介状送信前に以下の項目を患者様にお伝え下さい。

- 当院初回アPOINTはご紹介状 FAX を確認後に当院から患者様へ電話にて連絡をさせていただきます。

当院へのご紹介が初めての場合はお手数ですが貴院連絡先を別紙にてお知らせ下さい。