

ご紹介送信フォーム

nishida@clara-dc.com clara dental clinic 西田 くらら宛

下記ご記入の上、FAXまたはメールにて送信をお願いいたします。

今までのご紹介の有無 有り ・ 無し

貴院名 貴担当医名

貴院住所

貴院電話番号 貴院FAX

ふりがな 患者様氏名		男性 ・ 女性
患者様生年月日（西暦）		
患者様電話番号		
部位		
急性症状	あり ・ なし	
ご依頼内容	<input type="checkbox"/> カウンセリングのみ <input type="checkbox"/> 根管治療 <input type="checkbox"/> 穿孔修復 <input type="checkbox"/> 生活歯髄療法 <input type="checkbox"/> 異物除去 <input type="checkbox"/> 破折診断 <input type="checkbox"/> 外科的歯内療法	
レジン支台築造による歯冠側封鎖	要 ・ 不要	
その他特記事項や連絡事項について		

ご入力頂いた内容は厳密に管理いたします。

ご紹介状送信前に以下の項目を患者様にお伝えください。

- ▶ 当院初回アPOINTは紹介状を確認後に当医院から患者様へ電話にて連絡をさせていただきます。
- ▶ 当院での歯内療法は自費治療です。

clara dental clinic



〒803-0811

福岡県北九州市小倉北区大門1-3-13大門ヒルズ勝山公園1階

TEL. 093-967-0410 FAX. 093-967-0407

HP. <https://www.clara-endodontics.com/>

診療時間	月	火	水	木	金	土	日
9:00～13:00	○	○	/	○	○	○	/
14:30～18:30	○	○	/	○	○	/	/

休診日：日曜・祝日・水曜
(祝日のある週は水曜診療・土曜は午前のみ)

<受診時注意事項>

- 当院の根管治療は自由診療になります。
- 初回のご予約は当院より患者様へ直接お電話させて頂きお取り致します。
- 初診時は診査、診断、カウンセリングを行い基本的には治療は行いません。
- 来院時にはご本人確認の為、身分証明書のご持参をお願い致します。
(免許証、パスポート、マイナンバーカード等)