

マイクロエンド依頼フォーム



あかなべ歯科

FAX : 058-271-7781

あかなべ歯科・歯内療法部門 森 隆充 宛

貴医院名 : _____ ご担当医 : _____

貴医院住所 : _____

貴医院電話番号 : _____ 貴医院FAX番号 : _____

ご担当医メールアドレス : _____

フリガナ 患者様氏名		性別 :	生年月日 :
患者様住所	〒 _____		
患者様電話番号		患者様携帯番号	
部位	_____		
急性症状	あり	なし	
ご依頼内容	カウンセリング・セカンドオピニオンのみ 根管治療 穿孔修復 破折診断	生活歯髄療法 根管内異物除去 外科的歯内療法	
レジン支台築造	必要	不要	
特記すべき症状や経過、連絡事項などございましたらご記入ください			

ご送信いただきました文書・内容は厳重に管理いたします。

患者様に当院の地図および注意事項をお渡し下さい。

FAX : 058-271-7781

Mail : endo@akanabe-dc.com

あかなべ歯科・歯内療法部門

〒500-8262 岐阜県岐阜市茜部本郷2-83-1

TEL& FAX : 058-271-7781

Mail : endo@akanabe-dc.com

[診療時間] 9:30 - 13:00・14:00 - 18:00

[休診日] 水曜日・日曜日・祝日

* 学会・研修参加日・出張診療日



あかなべ歯科



JR岐阜駅より車で7分

名鉄岐阜駅より車で8分

岐阜バス 上茜部バス停下車すぐ

< 受診時注意事項 >

- ❖ マイクロエンドは保険診療ではございません。全て自由診療となります。
- ❖ 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。
- ❖ ご予約の無断キャンセル・当日キャンセルの場合、キャンセル料が発生いたします。
- ❖ ご連絡無く2回以上キャンセルをされた場合は、その後、当院でのご予約をお取りできませんのでご了承ください。

＜患者様をご紹介頂いてから治療完了、貴医院にお戻り頂くまでの流れ＞

1. FAXまたはメールによるご紹介フォームのご送信

ご送信フォームに必要事項をご記入いただき、下記のFAX番号またはメールアドレスにご送信をお願いいたします。

FAX:058-271-7781

Mail:endo@akanabe-dc.com

また、患者様に、印刷して頂いた「当院の地図および注意事項」をお渡し下さい。

2. 当医院から患者様のご予約を承ります

当院でFAXまたはメールを確認次第、患者様に電話でご連絡し、当院への来院日時のご予約をお取りいたします。

3. カウンセリング・歯内療法処置

当院でのカウンセリング・歯内療法処置終了後に、速やかにご紹介いただいた先生にご連絡をさし上げます。

患者様には、速やかにご紹介いただいた先生のご予約を取っていただきます。

4. 報告書の送付

後日、貴医院にて歯内療法終了後の修復処置および経過観察がスムーズに行えるように、メールまたは郵送にて歯内療法処置報告書をお送りいたします。



あかなべ歯科