

紹 介 状

〒663-8111

西宮市二見町 4-7

いなもとデンタルクリニック

稲本 雄之 宛

記入日

西暦

年

月

日

紹介元医療機関

医院名：

担当医：

住所

〒

Tel：

Fax：

E mail：

フリガナ

患者氏名

様

男・女

生年月日

明治・大正・昭和

平成・令和

年

月

日（

）才

依頼部位・診断名：

症状・診査結果・治療経過など（根管形成のサイズ等できるだけ詳しくお願いします）

その他特記事項など