

紹介医療機関名 : \_\_\_\_\_

歯科医師名 : \_\_\_\_\_

電話番号 : \_\_\_\_\_ FAX 番号 : \_\_\_\_\_

### 紹介状

ふりがな	
患者氏名	様 男 女
生年月日	昭和 平成 年 月 日生 ( 歳)
住所 〒	
自宅電話番号	FAX 番号
上記以外の電話番号 (勤務先・携帯等)	
メールアドレス	@
依頼内容	
1. 矯正治療について相談したい	
2. 矯正治療のための検査を受けたい。	
3. その他	
受診希望日	
第一希望 :	月 日 ( 時頃)
第二希望 :	月 日 ( 時頃)
木・日・祭日休診、受付時間 : 午前 10 時~12 時 午後 2 時 30 分~5 時	
※予約状況により、ご希望にお応えできない場合がございます。	

本票を FAX にて送信して下さい。受信日時が決まりましたら直接患者さまにご連絡申し上げます。ご希望の連絡先に✓を入れて下さい。

▼連絡先	<input type="checkbox"/> 郵送	<input type="checkbox"/> 自宅電話	<input type="checkbox"/> 勤務先電話	<input type="checkbox"/> 携帯電話	<input type="checkbox"/> FAX	<input type="checkbox"/> メール
------	-----------------------------	-------------------------------	--------------------------------	-------------------------------	------------------------------	------------------------------

FAX は 24 時間受診可能ですが、時間外・休診日にお送りいただいた場合は、お返事は翌診療日の午前 10 時以降になります。