

ご紹介送信フォーム

ABUNDANCE DENTAL NAGOYA

TEL:052-453-9110

clinic@abundance-nagoya.com

米国歯周病学会 歯周病インプラント認定医 築山鉄平
ABUNDANCE DENTAL NAGOYA 院長 金谷宏樹

下記ご記入の上、FAX 又はメールにて送信をお願いいたします。

貴院名			TEL
			FAX
貴院住所			
ご担当医様			
患者様指名			
患者様生年月日(西暦)			男性・女性
患者様電話番号			
部位	8 7 6 5 4 3 2 1		1 2 3 4 5 6 7 8
	8 7 6 5 4 3 2 1		1 2 3 4 5 6 7 8
歯周基本治療	あり		なし
ご依頼内容	<input type="checkbox"/> カウンセリングのみ <input type="checkbox"/> 歯周外科手術(APF.CTG.FGG) <input type="checkbox"/> 審美的歯冠延長術(ガミースマイル改善) <input type="checkbox"/> サイナスリフトのみ <input type="checkbox"/> ソケットリフトインプラント埋入 <input type="checkbox"/> インプラント埋入のみ		
	<input type="checkbox"/> 治療計画相談(対面:WEB 対応) <input type="checkbox"/> 機能的歯冠延長術(補綴的) <input type="checkbox"/> 歯周組織再生誘導術(GTR) <input type="checkbox"/> サイナスリフト+インプラント埋入 <input type="checkbox"/> インプラント埋入+GBR <input type="checkbox"/> インプラント周囲炎郭清処置 <input type="checkbox"/> インプラント除去		
持ち込みデータ	あり		なし
その他、特記事項や連絡事項について			

ご記入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はご紹介状(またはメール)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。
- 築山鉄平の治療は全て自由診療になります。