日付　　/　/

ご紹介送信フォーム

貴医院名　|　　ご担当医　|

貴医院住所　|

貴医院TEL　|　　貴医院FAX　|

フリガナ		性別・年齢　男・女　歳
患者氏名		
患者電話番号	mobile	
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	
急性症状	□ あり　□ なし	
ご依頼内容	□ セカンドオピニオン □ 根管治療　□ 穿孔修復　□ 生活歯髄療法 □ 異物除去　□ 破折診断　□ 外科的歯内療法	
支台築造(直接法)の必要性の有無	□ 要　□ 不要	
現病歴、既往歴、特記すべき注意事項等がございましたらご記入ください.		

送信頂きました内容・個人情報は厳重に管理致します。

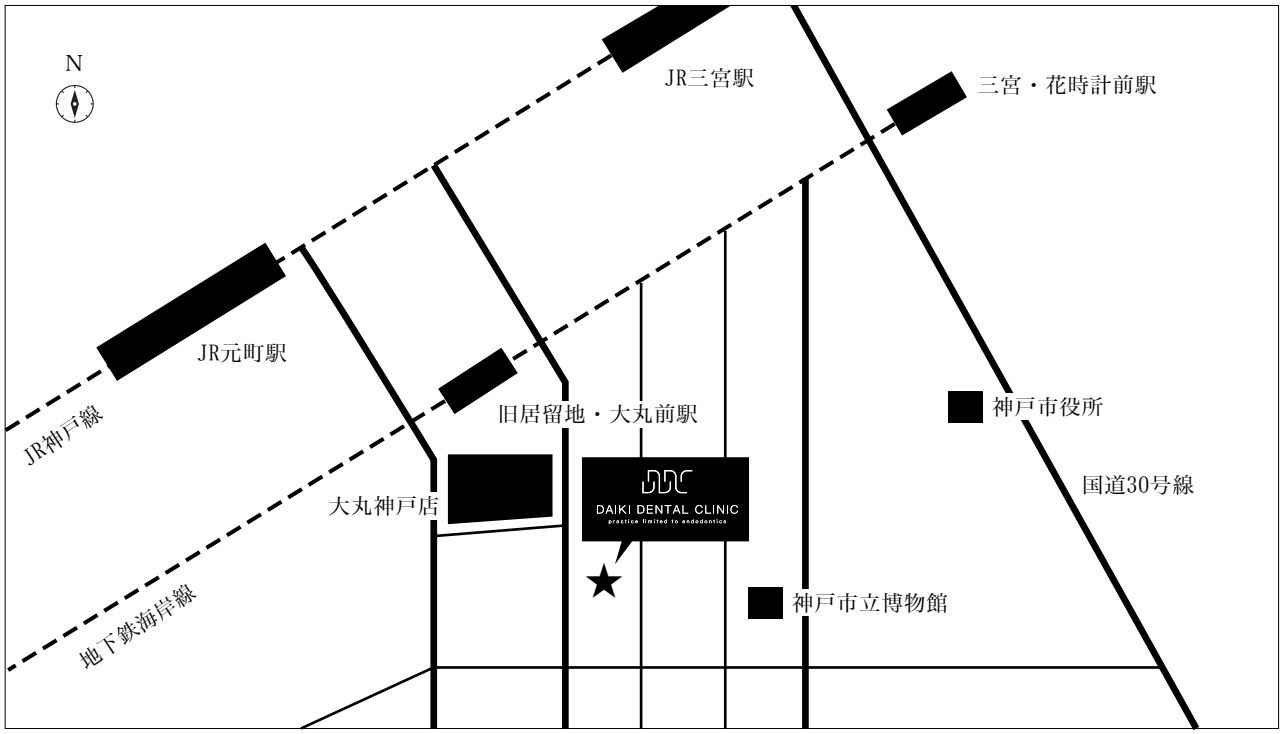
当医院への初回アポイントは、患者様より電話予約をして頂きます。
患者様に当医院の地図および注意事項をお渡し頂き、電話予約をして頂くよう必ずお伝え下さい。

FAX 078-381-8510

TEL 078-381-7510

DAIKI DENTAL CLINIC
practice limited to endodontics

DAIKI DENTAL CLINIC
practice limited to endodontics



ダイキデンタルクリニック

〒650-0037　神戸市中央区明石町30 常盤ビル402

TEL:078-381-7510　FAX:078-381-8510

WEBサイト https://www.daiki-dental.com

※完全予約制・自費治療専門

診療時間	月	火	水	木	金	土	日
10:00-13:00	○	○	○	×	×	○	×
14:00-18:00	○	○	○	×	△	○	×

△…金曜午後は13:30-18:30の診療となります。

受診時における注意事項

・当医院は保険医療機関ではありません。全ての治療は自由診療(自費)となります。

・初診時は基本、治療は行いません。診査診断および今後の治療方針のご説明のみとなります。

・初診時には運転免許証や健康保険証、パスポート等の本人確認ができるものをご持参ください。

※受付にてコピーを取らせて頂きます。

患者様をご紹介して頂いてから治療完了後、貴医院にお戻りいただくまでの流れ

STEP 01

FAXによるご紹介フォームの送信

ご紹介フォームに必要事項をご記入の上、下記のFAX番号に送信して下さい。

FAX:078-381-8510

STEP 02

患者様より当医院へ電話予約を承ります

当院で送信内容の確認を致します。
患者様へはお電話にて初診予約をお取りいただきますよう必ずお伝え下さい。
※1週間以内に患者様からの予約がない場合には、当院より患者様へご連絡し、予約をお取り致します。

STEP 03

ご予約完了のお知らせ

患者様のご予約完了後、ご紹介元の先生へご連絡致します。

STEP 04

検査・診断・歯内療法処置

当医院での検査・診断・歯内療法処置終了後は患者様に速やかに貴医院のご予約を取って頂きます。