医療法人社団　八星会　紹介状（医療機関専用）

紹介元医療機関

担当医

所　在　地　〒

連絡先

電　話　番　号

ＦＡＸ　番　号

紹介先
山手歯科クリニック姫路南
姫路市東山157-15
電話：079-246-8888
FAX：079-246-8668

フリガナ		性別	生年月日	明　大 昭　平　　年　　月　　日（　　才）
氏　名		男 女	ＴＥＬ	自宅
				携帯
紹介目的	□ＣＴ撮影　□矯正治療　□治療困難児　□破折ファイル除去　□根管治療 □静脈内鎮静下の歯科処置　□その他（　　）			

治療経過等連絡事項

ＣＴ撮影については、データＤＶＤでお渡しいたします。（ビューワーソフトはＷｉｎｄｏｗｓ10・７対応）
紹介については、山手歯科クリニック姫路南（電話079-246-8888　姫路市東山157-15）で対応いたします。
患者様にこの紹介状をお渡しの上、事前に電話予約していただきますようお願いいたします。