

紹介状

年 月 日

リッツ歯科・口腔クリニック

貴医院名

所在地

電話番号

山田健太郎 行

FAX番号

ご担当医

先生

ふりがな		性別	年齢
患者氏名		男性 女性	歳
患者住所	〒		
患者電話番号	自宅	携帯	
部位 病名	8 7 6 4 5 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 8 7 6 4 5 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 []		
ご依頼内容	<input type="checkbox"/> 抜歯 <input type="checkbox"/> 粘膜疾患/軟組織疾患の精査・加療 <input type="checkbox"/> 硬組織疾患の精査・加療 <input type="checkbox"/> インプラント <input type="checkbox"/> CT撮影 (5000円+消費税) <input type="checkbox"/> その他 ()		
症状 経過 既往歴等			
連絡事項			
SP・抜糸	貴院 ・ 当院 ・ その他 ()		

※記載後、コピーを貴院で保存頂き、原本及び当院の案内を患者様へお渡しください。

リッツ歯科・口腔クリニック受診の方へ



〒175-0083

東京都板橋区徳丸3-1-6

TEL : 03-3933-1937

FAX : 03-6906-5887

URL : <https://www.ritz-dental.com/>

HP

QRコード



時間	月	火	水	木	金	土	日	祝
9:30~13:30	●	/	●	●	●	●	●	/
15:00~20:00	●	/	●	●	●	★	★	/

★：土日午後は18:00まで

最終受付は終了30分前まで

休診日：火曜・祝日

- お電話もしくはネットでご予約の上、初めてのの方は予約時間の10分程度前にお越しください。
- 当日は紹介状と保険証、お薬手帳をご持参ください。可能であれば、お食事を済ませてからお越しください。
- 歯やお身体、予約の状況により、初めて来院された日は検査とお話だけになり、後日しっかり時間を確保しての抜歯・手術となる可能性があります。
- 何かありましたら、お気軽にお問い合わせください。