

医療法人CFT クリニックF&T

～ご紹介フォーム～

医療法人CFT クリニックF&T 高見澤 哲矢 宛

FAX : 022-264-1221

<貴医院情報>

医院名		ご担当医	
医院住所			
医院 TEL		医院 FAX	

<患者さま情報>

ふりがな		性別	生年	明治・大正・昭和・平成
お名前		男 女	月日	年 月 日 歳
ご住所	〒			
電話番号		携帯 :		
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	<input type="checkbox"/> カウンセリングのみ <input type="checkbox"/> 根管治療 <input type="checkbox"/> 穿孔修復 <input type="checkbox"/> 生活歯髄療法 <input type="checkbox"/> 異物除去 <input type="checkbox"/> 破折診断 <input type="checkbox"/> 外科的歯内療法			
レジン支台築造による 根管系の歯冠側封鎖	要		不要	
特記事項・連絡事項				

- 初回予約は、当院から患者さまへ電話連絡をいたします。
- 患者さまに、当医院の地図および注意事項をお渡しください。

クリニック F&T

クリニック F&T



〒980-0811

宮城県仙台市青葉区一番町 2-1-7 HF 一番町レジデンス 1F

TEL・FAX：022-264-1221

HP：<http://www.clinic-ft.com/>

診療時間	月	火	水	木	金	土	日
8：30-12：00	○	○	○	○	○	○	×
14：00-18：30	○	○	○	○	○	△	×

△土曜 16：00 まで

◎受付は平日 18：00 まで

【休診日】日曜・祝日・不定休

受診における注意事項

- 当院はすべて自由診療となります。
- 初回のご予約は、当医院より患者さまへお電話させていただきお取りいたします。
- 初診時は、診査・診断・カウンセリングを行い、基本的には治療を行いません。

- 来院時にはご本人様確認のため、身分証明書をご持参ください。
(運転免許証、保険証、パスポート等：コピーを取らせていただきます)
患者さまをご紹介いただいてから、貴医院にお戻りいただくまでの流れ

1. FAX でのご紹介フォーム送信

ご紹介フォームに必要事項をご記入の上、下記の FAX 番号宛に送信ください。

FAX : 022-264-1221

2. 当医院での患者さまのご予約

貴医院からのご紹介フォーム受信後、当医院から患者さまへ電話にて来院日時を伺います。

3. ご予約完了のお知らせ

ご紹介フォーム受信後、3 日以内にご予約完了のお知らせを貴医院宛に FAX いたします。3 日以内に予約完了の連絡がない場合は、お手数ですが当医院までお問い合わせくださいますようお願いいたします。(TEL : 022-264-1221)

4. カウンセリング、歯内療法処置

当医院でのカウンセリング、歯内療法処置後は、速やかに貴医院のご予約を患者さまに取っていただきます。

5. 報告書の送付

メールまたは郵送にて、当医院での歯内療法施術報告書を送付いたします。