

診療情報提供書（ブルーラジカル専用）

年 月 日

紹介先

遠藤歯科クリニック 遠藤 聡 宛

宮城県大崎市古川中島町1-28

TEL0229-25-4228 FAX 0229-25-4238

医療機関名

所在地

TEL・FAX

歯科医師名

フリガナ		生年月日	年 月 日（ 歳）
患者氏名		性別	男・女
		連絡先	
住 所	〒		
【主訴】			
【治療経過】			
<p>【添付書類】 ご紹介の時点で、当てはまれば、<input checked="" type="checkbox"/>してください</p> <p><input type="checkbox"/> 過去3カ月以内の精密検査・PCR・動揺度の結果があり、同封可能</p> <p><input type="checkbox"/> 精密検査未実施</p>			

下記項目が当てはまる場合は施術出来ません。ご紹介前に確認をお願い致します

\*ペースメーカーを植込みしている方 \*光線過敏症の方 \*妊娠中の方  
\*麻酔薬・光・過酸化水素アレルギーの方 \*無カタラーゼ症の方