

診療情報提供用紙等送付依頼書（FAX 用）

下記項目のうち、ご依頼される項目の希望の部数をご記入の上
FAX（025-267-1546）送信して下さい。

- | | | |
|---------------------|-------|---|
| 1. 診療情報提供用紙 | _____ | 部 |
| 2. 病院案内 | _____ | 部 |
| 3. 各種特殊外来 等 のパンフレット | | |
| 口腔インプラント科 | _____ | 部 |
| 訪問歯科口腔ケア科 | _____ | 部 |
| 睡眠歯科センター | _____ | 部 |
| MRONJ 外来 | _____ | 部 |
| 歯の細胞バンク外来 | _____ | 部 |
| 白い歯外来 | _____ | 部 |
| スポーツ歯科外来 | _____ | 部 |
| いき息さわやか外来 | _____ | 部 |
| あごの関節・歯ぎしり外来 | _____ | 部 |
| 口のかわき治療外来 | _____ | 部 |
| 歯科アレルギー治療外来 | _____ | 部 |
| 顎のかたち・咬み合わせ外来 | _____ | 部 |
| 歯科鎮静リラックス外来 | _____ | 部 |
| 4. 紹介患者事前申込書（FAX 用） | _____ | 部 |

お届け先

医療機関名

住所

医師名

TEL

FAX

日本歯科大学新潟病院
地域医療連携室

FAX 番号 025-267-1546