

東京医科大学病院 顎顔面インプラントセンター

相談希望用紙

年 月 日

1, 2 どちらかに○をつけてください。

1、 症例カンファレンス参加希望

参加希望日 月 日

参加者氏名: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2、患者紹介に関するお問い合わせ

問い合わせ内容 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

医院名:

医師名

連絡先: Tel

Fax

E-mail

\*内容によっては、実際に患者さんにご来院いただかなければお答えできないこともございます。

\*紹介患者さんの予約に関しては下記に直接ご連絡ください。

総合医療支援センター、医療連携担当 Tel 03-5339-3808