

診療情報提供書

〒006-8555 札幌市手稲区前田1条12丁目1-40

手稻溪仁会病院

口腔外科 · 小児歯科 宛

最初に電話でご連絡をお願いいたします

TEL:011-685-2571

紹介元医療機関

所在

名称

医師名

TEL () -

FAX () -

[illegible]

持參資料 (無 · 有 · · · X線 · CT · MR · 內視鏡 · 超音波 · 心電圖 · 檢查記錄 ·)