

横浜総合病院インプラント前CT撮影依頼用紙

歯科口腔外科の直通F a xは045-901-8134です。

歯科医院先生各位

平素より大変お世話になっております。またいつもご紹介を頂き誠にありがとうございます。本用紙を受信後に予約を行い、折り返し当院から貴院宛に確認のF a xをさせていただきます。なお、予約希望日はF a xをされる日から1週間以上先の日を指定して頂ければ幸いです。(記入と○をつけて下さい。下線_____は必ずチェックをお願いします。)

(カナ)

患者名： _____様 (フリガナも必ずお願いします。)

生年月日： _____年 _____月 _____日

予約希望日： 第一希望 _____月 _____日 午前 _____午後 _____
第二希望 _____月 _____日 午前 _____午後 _____
第三希望 _____月 _____日 午前 _____午後 _____

(予約時間：午前9：45~11：30 午後2：30~4：00*土曜日は午前のみ)

撮影部位 _____上顎_____下顎_____上下顎_____

フィルムの有無 _____有り_____無し_____

ステントの有無 _____有り_____無し_____

(ステントの着脱指導は貴院でお願いします。)

CD-Rデータ有無 _____有り_____無し_____

貴院歯科医院名 (_____) 担当先生 (_____)

貴院F a x番号 (_____) 電話番号 (_____)

画像データは2年間保存をしております。紛失などの際の再制作は別途費用 (CD-R データは525円、フィルムは一枚につき630円) がかかります。