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Ｆａｘ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Ｆａｘをさせて頂きます。なお、予約希望日はＦａｘをされる日から１週間以上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
　　第二希望　　月　　日
　　第三希望　　月　　日
（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Ｆａｘ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５５０円、フィルムは６６０円）がかかります。
※消費税を含んだ金額です。