

(コピーしてお使いください)

(別紙1 歯科)

# — ダイレクト検査申込書 —

◆申込年月日 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( )

◆申込医療機関 \_\_\_\_\_

◆診療科 \_\_\_\_\_ 歯科 ◆申込医師名 \_\_\_\_\_

◆電話番号 \_\_\_\_\_ ◆FAX番号 \_\_\_\_\_

◆ご予約された検査項目等

検査項目	撮影部位・検査種類	確認事項
CT【単純】	歯科上下顎	

◆検査予約日時 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( ) \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分

◆患者様情報

刃がナ

氏 名 \_\_\_\_\_ 男・女 \_\_\_\_\_

生年月日 M・T・S・H \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

住 所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

◆検査結果

CD-Rで後日郵送いたします。返却は不要となっております。

深谷赤十字病院 地域医療連携課  
TEL : 048-575-1511 (直通)  
FAX : 048-575-1512