

(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