

# インプラントCT検査申込書

送付先 社会医療法人 熊谷総合病院 地域医療連携室

TEL 048-525-6779 (直通)

FAX 048-525-6769 (直通)

↓ 太枠内ご記入ください

申込年月日	年 月 日 ( )		
申込医療機関名			
電話番号(問合せ先)	TEL	(担当: )	
FAX番号	FAX		
患者様名	フリガナ		性別
	氏名		(男・女)
生年月日	M・T・S・H	年	月 日
検査項目	CT 歯科インプラント用 (全顎)		
撮影指示ある場合記入			
検査のご希望日	第一希望	月 日 ( )	AM・PM
	第二希望	月 日 ( )	AM・PM
CD-ROM受け渡し方法	当日患者さんにお渡し ・ 当院に直接送付		

- 【申込方法】 (御紹介元) ①FAXでお申し込み  
 (当院) ②確定日のご連絡と予約票をFAXします。  
 (御紹介元) ③患者様へ予約票をお渡しください。

- ※ 紹介状は不要です。
- ※ 電話による予約では、氏名・生年月日の聞き間違いがありますので、お手数ですが検査予約の際FAXをお願いいたします。(イチ月⇔シチ月 ・ マツダ⇔マツバ)  
 FAXは受信後、予約を取り5分前後に、こちらからご連絡いたします。
- ※ 希望日が特にない場合は、都合の悪い日時等をスペースに記入してください。
- ※ 当院の時間外・休診日にお申込みいただいた場合は、翌診療日にご連絡いたします。
- ※ 地域医療連携室は 平日8:30~17:00 第1.3土 8:30~12:15 (休診:第2・4土・日・祝日  
 (コピーをしてお使いください))