

デンタルCT(歯科CT)撮影依頼書

医療法人 埼玉成恵会病院

〒355-0072 埼玉県東松山市石橋1721

TEL 0493-23-1221(代表)

FAX 0493-23-1220(医療連携室専用)

年 月 日

紹介医療機関名・所在地

医療機関名

医師名 _____ (印)

TEL

FAX

住所

予約日時 年 月 日 時 分

フリガナ

患者氏名

生年月日 大正・昭和・平成・令和・西暦 年 月 日 (歳)

連絡先 () —

撮影部位 上顎のみ 下顎のみ 上下顎