

診療情報提供書

下記の患者さんに対しましてのCT撮影を依頼いたします。

[患者情報]

フリガナ		
患者氏名	姓	名
生年月日	大正・昭和・平成	年 月 日 男・女
住所		
電話番号		
撮影部位	上顎 ・ 下顎 ・ 両顎	
ステント	有 ・ 無	
撮影予約日時	平成 年 月 日 時～	
備考 撮影部位の詳細等をご記入下さい。		

[歯科医院情報]

依頼歯科医院名		
歯科医師名		
電話番号	TEL	FAX
備考		