

# 稲沢市民病院紹介患者予約依頼票 (顎骨CT)

稲沢市民病院 地域医療連携室 行

FAX 0587-33-5022

令和 年 月 日

TEL 0587-33-5021

ご紹介医療機関		TEL _____	
		FAX _____	
フリガナ		生年月日	M・T・S・H・R
患者氏名	男・女 様	年 月 日	日生
住所	〒 _____ (TEL _____)		

予約希望日	第一	令和 年 月 日 ( 曜日 )	
	第二	令和 年 月 日 ( 曜日 )	
	第三	令和 年 月 日 ( 曜日 )	
検査部位	上顎 ・ 下顎	解析会社	シムラトフ 株式会社 (旧マテリアル) ・ i-CAT
データ等送付先	シムラトフ 株式会社 ・ i-CAT ・ 紹介医院 ・ その他 ( )		
送付方法等	郵送 ・ 来院 ・ 患者さん手渡し	撮影データ	要 ・ 不要

※データはCDで提供します。