

顎骨CT検査依頼票

(インプラント術前CT検査)

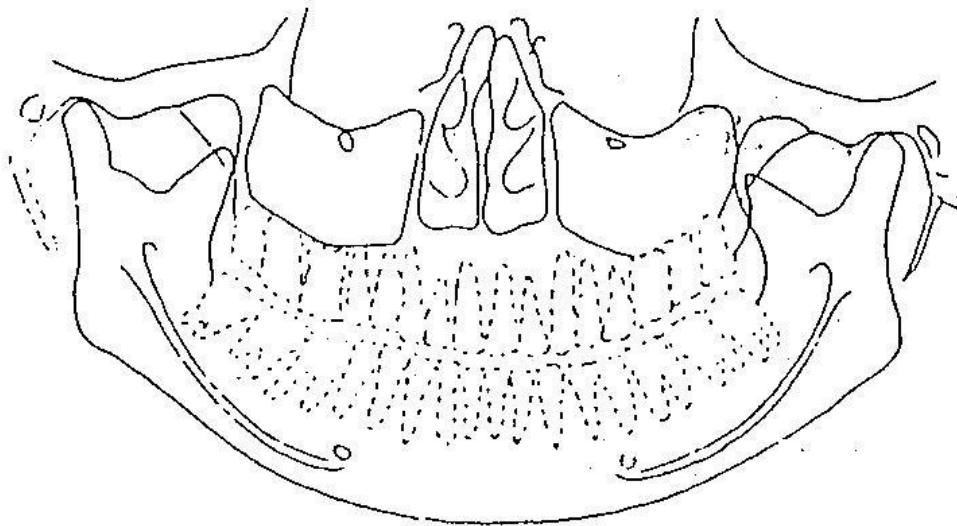
歯科口腔外科

紹介医

患者氏名		様	男・女
生年月日	S・H・R	年	月 日

○ 撮影部位を下図に、赤いボールペンで正確に記入してください。

(インプラント埋入予定部位)



稲沢市民病院 地域医療連携室 (直通)

TEL 0587-33-5021

TEL 0587-33-5022