

※病院記入欄

I D		決定日時	
-----	--	------	--

年 月 日

岩手県立中部病院（デンタルCT検査）予約申込票

連携歯科医療機関名：

ふりがな 紹介患者氏名	様	電話	
生年月日	大正 昭和 平成 令和	年	月 日

第一希望	月	日	午後
第二希望	月	日	午後
媒体			
CD-R			

(希望の時間にそえない場合は、近い時間に予約を入れさせていただきます)

検査部位（○をお付けください）

1	上顎	マウスピース持参（有・無）
2	下顎	
3	上顎+下顎	

希望画像（○をお付けください）

1	3Dデンタル構築のみ
2	Volumeデータ (thin slice) のみ
3	3Dデンタル構築+ Volumeデータ (thin slice)

特記事項があればご記入ください。

○医療機関の皆様へ

※予約申込票へ希望日時、必要事項を記入の上、貴院カルテの表紙の写し又は保険情報と共に地域医療福祉連携室宛にFAX送信をお願いします。

※当院から返信します検査予約票を患者さんへお渡しください。

※検査当日は、予約票を持参にて来院するようお伝えください。

※予約日に来られない場合は早めにご連絡下さるようお伝えください。

岩手県立中部病院・地域医療福祉連携室

TEL：0197-71-1518 FAX：0197-71-1881（紹介センター専用）

受付時間（月～金）AM8：30～PM5：00（休日はこのぞく）