

(様式 11)

平成 年 月 日

『歯科専用』

CT 依頼連絡票(インプラント手術前)

北見赤十字病院
地域医療連携室 宛

予約専用FAXフリーダイヤル ☎0120-018-599(直通)
専用電話 フリーダイヤル ☎0120-018-299(直通)

歯科医院名 () ・ 依頼医師名 ()							
電話番号 () - . FAX () -							
フリガナ							
患者氏名							
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日生(才 ヶ月) 性別 男・女						
現住所							
電話番号 () -							
当院の受診歴 (有 ・ 無)							
該当部位を でお囲みください。							
撮影部位： 上 顎 ・ 下 顎 ・ 上下顎							
<table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 0 10px;">インプラント</td> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">x 7 6 5 4 3 2 1</td> <td style="padding: 0 5px;">1 2 3 4 5 6 7 x</td> </tr> <tr> <td style="padding: 0 10px;">予 定 部 位</td> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">x 7 6 5 4 3 2 1</td> <td style="padding: 0 5px;">1 2 3 4 5 6 7 x</td> </tr> </table>		インプラント	x 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 x	予 定 部 位	x 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 x
インプラント	x 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 x					
予 定 部 位	x 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 x					
臨床経過・現症・検査法の指示(必要な前処置がありましたら記入してください)							
患者状態(必ず記入してください)							
協 力 性 (有 ・ 無)							
移 動 (歩行・車椅子・ストレッチャー)							
希望依頼日がございましたら記入して下さい。							