

↑ FAX:03-3903-3949 赤羽矯正歯科行 ↑

CT(3DX)撮影依頼書

日付 平成 年 月 日

患者様氏名	男・女	明・大・昭・平 年 月 日生(歳)
		職業
ご住所		
電話番号		

紹介元医療機関(※他医療機関からのご紹介の場合、ご記入ください)

所在地・〒
医院名
電話番号
医師名
科

撮影目的をご記入ください

撮影部位
撮影サイズ(どちらかにチェックを入れてください) <input type="checkbox"/> 4×4cm(3歯程) <input type="checkbox"/> 4×8cm
予約希望日時 予約可能日時は、月・火・木曜日の13:00～20:00となっております。 第一希望 月 日 時 第二希望 月 日 時 第三希望 月 日 時
備考欄