

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

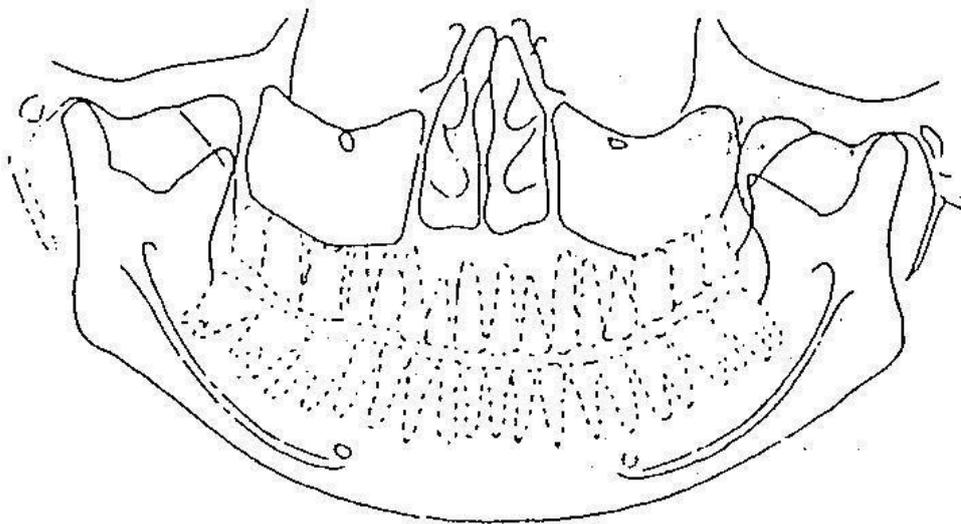
紹介医

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

FAX 0587-33-5022