

D 頭部X線規格撮影(セファロ)予約申込書<FAX専用>

年 月 日

紹介診療科

総合大雄会病院 口腔外科

医師

TEL 0586-72-1211(内線2112)

紹介元

所在地

医療機関名

TEL

FAX

★撮影希望日

第1希望 年 月 日 ()
第2希望 年 月 日 ()
第3希望 年 月 日 ()

★撮影方法 (希望する撮影方法に○印をつけてください)

1 正面(1方向) 2 側面(1方向) 3 正側両方向(2方向)

★確認事項(希望するものに○印をつけてください)

撮影後フィルムは

1 撮影当日患者さまにお渡しする 2 当院より貴院へ郵送する

★撮影料金

正面(1方向) 11,000円(税込)
側面(1方向) 11,000円(税込)
正側両方向(2方向) 12,100円(税込)

★患者さま氏名

(保険証の写しまたは診療録の表紙の写しでも結構です。)

フリガナ		生年月日	年齢	性別
患者氏名				○男 ○女
〒				
TEL				

★受付時間 (祝日・年末年始(12月31日～1月3日)を除く)

月～金 8:30～19:00
土 8:30～12:30

(FAXは24時間稼働。但し、受付時間外・休日着信分は翌日以降対応)

送付先 総合大雄会病院 地域医療連携室

FAX 0586-24-9999

※右記のFAX番号を確認後送信してください。

※個人情報の取扱いについては慎重にお願いします。