

# 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りする                      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	性別
患者氏名		年 月 日	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。