

(別紙1)

予約専用FAX 0791-43-8465

FAX検査予約申込票

医療機関名: _____

★TELにて検査日を決定後にFAX
送信していただいても結構です。

(依頼医) _____

フリガナ			
患者氏名	様		
生年月日	大 昭 平 令	年 月 日生	男 ・ 女
検査の種類	インプラントCT (結果はCD-Rのみお渡しとなります) *解析が必要な場合は従来どおり「診療予約用」のFAXをご利用ください		
部 位	上顎 ・ 下顎		
検査希望日※	① 令和 . .	② 令和 . .	

※いずれも午前中です。なお、ご希望にそえない場合もございますので、予めご了承くださいませいたします。

◆受付時間以降のお申し込みにつきましては、翌業務日以降の返信となります。

【受付】 平日 8時20分～17時5分

◆ご不明な点がございましたら、地域医療室までお問い合わせください。

赤穂市民病院 地域医療室 TEL 0791-43-8458(直通) FAX 0791-43-8465(直通)

歯科口腔外科 問診票(検査・撮影依頼用)

お名前 _____ (男性・女性) 年齢: _____ 才 身長: _____ cm

体重: _____ kg

* CT撮影に際しまして以下の問診票にご記入をお願いします。

1.最近かかられた病気があればご記入ください。

2.最近の体調はいかがですか。

3.現在、通院している診療所・病院があればご記入ください。

また治療中の病気があれば、病名もご記入ください。

- ① 脳血管疾患(脳溢血など) ② 高血圧 ③ 糖尿病 ④ 循環器疾患(心臓病など)
⑤ 消化器疾患 ⑥ 肝臓疾患 ⑦ 腎臓疾患 ⑧ 呼吸器疾患 ⑨ 肺炎 ⑩ 喘息
⑪ その他(_____)

4.現在服用中の薬があればご記入ください。

5.これまでに手術を受けたり、入院した病気があればご記入ください。(いつ頃、病名など)

ありがとうございました。