

愛媛労災病院受診 歯科 CT 依頼票 (FAX専用)

令和 年 月 日

発信元 医療機関名 医師氏名 電話番号 FAX 番号	送付先 愛媛労災病院 地域医療連携室 専用 TEL (0897) 33-6199 専用 FAX (0897) 33-6198
--	---

受診希望科	歯科口腔外科	医師名	
受診希望日	月 日	曜日	時頃
都合の悪い日	月 日	曜日	

フリガナ			男・女
患者氏名			
生年月日	明・大・昭・平・令	年 月 日	(歳)
TEL	携帯番号		
住所			
① 患者様の症状等 部位 ② 必要なデーター ・ CDR (矯正用) 実費 ・ CDR (嚢胞 等) 保険 ・ 画像センター用データー (シンプラント・10DR・ノーベル 等) ○でお囲みください。			

健康保険	保険者番号	記号	番号	続柄
1. 国保				本人 家族
2. 政府管掌				
3. 組合・その他				
公費				本人
後期高齢者医療 7割・9割				本人 家族

ご記入いただければ事前にカルテを作成してお待ちいたします。
 貴院のカルテ表紙をFAXしていただいても結構です。よろしくお願いいたします。