

# デンタルCT(インプラント治療)患者紹介・予約票

健和会病院

年 月 日

地域連携室 宛

紹介元歯科医院

院名

住所

電話

F A X

予約日 月 日 ( )

時 分

部位 上顎 ・ 下顎 ・ 両方

ふりがな  
患者名 さま 性別 男・女

生年月日 T・S・H 年 月 日

住所

自宅電話番号

— —

携帯電話番号

— —

## ご予約方法

\*予約受付時間 月曜日～金曜日 17時です。

歯科医院さまより地域連携室へ直接連絡をいただき予約します。その後この紹介票をFAXしてください。

なお、土曜日は連携室不在で対応できません。

\*来院時間は予約時間の15分前に受付をお願いします。正面玄関入って右側です。  
この予約票を提示ください。

\*会計は保険対象外になりますので自費となります。

改定ごとに変動しますが、12,000円です。(2010.8現在)

\*検査結果は、CD-R(DICOM)で作成し、当日ご本人へお渡しいたします。  
フィルムを希望される場合は予約時にお申し付けください。

健和会病院 地域連携室

直 通 電 話 0265-23-3269

直通FAX 0265-23-3198

病 院 電 話 0265-23-3115(代)