

歯科CT検査のお申込み方法

『歯科CT検査依頼票兼診療情報提供書』
の記入をお願い致します。

当院へFAX(FAX:022-345-3120)

当院より『検査予約票と患者様用の案内』を
FAX致します。

紹介元の医療機関様より、患者様へ
『検査予約票と患者様用の案内』をお渡し下
さい。

結果は、当日発送・翌日お届けとなります。

お急ぎの際は、歯科CT検査依頼票兼診療
情報提供書のFAX送信後、お電話頂けれ
ば、迅速に対応いたします。



令和5年6月
公立黒川病院 地域連携室
担当 佐藤 亜紀子・宮澤 玲子
TEL:022-345-3101(代)
FAX:022-345-3120