

CT撮影依頼書

年 月 日

依頼医院	医療機関名 所在地 TEL: _____ FAX: _____ 医師名
撮影希望日時	第一希望: 年 月 日 (AM PM :) 第二希望: 年 月 日 (AM PM :)
撮影患者	生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 (歳) <small>フリガナ</small> 氏名 _____ 殿 性別: 男・女 住所 〒☒ _____ TEL: _____
既往症 感染症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()☒ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
撮影モード☒ <small>(モードをお選びください)</small>	<input type="checkbox"/> Iモード <input type="checkbox"/> Dモード
部位(撮影依頼部位を○で囲んでください。) 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8	
撮影詳細コメント	

TEL:086-222-1182 FAX:086-222-1180

Okayama Occlusion Center

SHIRASU DENTAL OFFICE

