

みたき総合病院 放射線室宛

TEL 059-330-6010(放射線室直通) 059-330-6000(代表)

FAX 059-330-6005

年 月 日

デンタルCT撮影依頼書

フリガナ			
患者氏名			
性別	男性	女性	
生年月日	年	月	日 (歳)
連絡先	()		—

予約日時	月	日	時	分	予約
撮影部位	上顎のみ		下顎のみ		上下顎
	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		
	〔詳細〕				
ステント	あり	なし			
フィルム	必要	不要			
CD-R	必要	不要			
お届け期限	月		日 までに必着		

〔その他連絡事項〕

依頼元医療機関名

依頼医師氏名