

CT 撮影依頼書

年 月 日

医療法人秀鳳会 いまい歯科

院長 今井 雅一 御机下

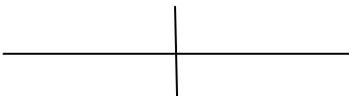
いつもお世話になっております。

以下の患者様について CT 撮影をお願い致します。

どうぞ何卒宜しくお願い致します。

患者氏名 : _____ 様 (男 ・ 女)

撮影部位 :



予約日時 : _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____)

A.M. / P.M. : _____ ~

必要注意事項

医院名 _____

住 所 _____

電話番号 _____

担当医 _____