

CT検査依頼書

紹介先医療機関名
特定医療法人扇翔会 南ヶ丘病院
TEL : 076-256-3366 (代) FAX:076-256-3346

令和 年 月 日

紹介元医療機関名

院長 : 川上 重彦

TEL :
院長 :

*ふりがな : _____

*患者氏名 : _____

*性別 : 男 女 _____

*生年月日 : _____

*住所 : _____

*電話 : _____

*は必須記入

紹介目的

インプラント治療の為にCT撮影をお願いいたします。

— 紹介先医療機関記入欄 —

ID番号 :

担当技師名 :