

歯科インプラント CT 撮影依頼書

フリガナ					
貴医院名	ご担当医 先生				
フリガナ					
患者様情報	年齢 ()	性別 (男・女)			
	生年月日	大正 昭和 平成	年	月	日
	住所 連絡先番号				
撮影予定日	年	月	日	時	分 来院予定
撮影部位	<input type="checkbox"/> 上顎	<input type="checkbox"/> 下顎	<input type="checkbox"/> 両顎		
留意事項					
お支払方法	患者様が当院でお支払い		当院から貴院へご請求		
当院記入欄	撮影技師名				



医療法人社団 平静会 大村病院 放射線科 宛

千葉県市川市南八幡 4 - 14 - 2 TEL . 047-377-3111

FAX ▶▶▶ 047-376-9399