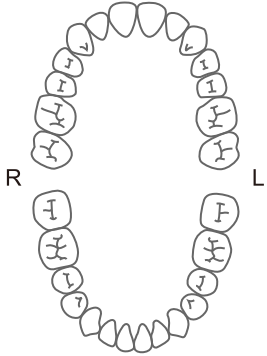
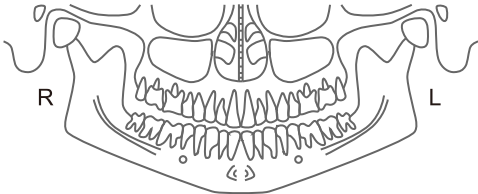


歯科インプラント CT 撮影依頼書

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 <small>大正 昭和 平成</small> 年 月 日
	住所 連絡先番号
撮影予定日	平成 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
	<p>カット</p>  <p>パノラマ</p> 
留意事項	
お支払方法	<input type="checkbox"/> 患者様が当院でお支払い <input type="checkbox"/> 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