

CT撮影依頼書

年 月 日

依頼医院

医療機関名

所在地

Tel.

Fax.

医師名

撮影希望日時

第1希望 年 月 日 (AM・PM :)

第2希望 年 月 日 (AM・PM :)

撮影患者

生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 (歳)

既往歴

なし あり ()

ステント

なし あり

撮影モード

Iモード Dモード

部位 (撮影依頼部位を○で囲んでください)

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

撮影詳細コメント



REPLUS
DENTAL
CLINIC

CTインプラントセンター
リプラス デンタル クリニック

〒937-0046 富山県魚津市上村木 1-7-12
Tel. 0765-33-4618 / Fax. 0765-33-4619
www.replus-dc.com

Fax Number

0765-33-4619

Fax 番号はお間違えのないようにお願いします