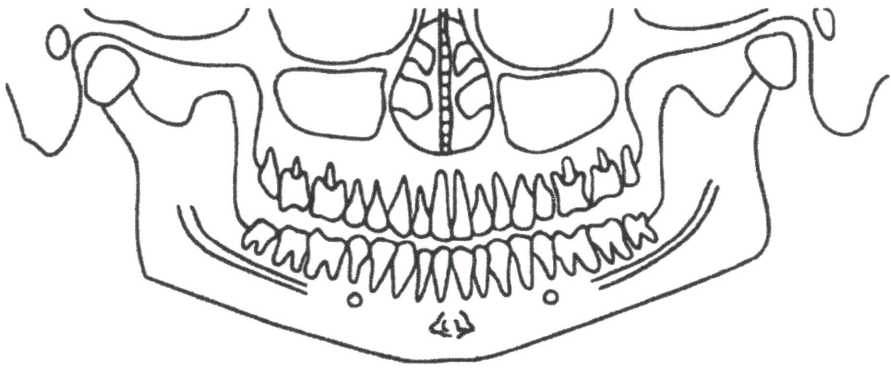


CT 撮影依頼書

患者氏名	生年月日	明・大・昭・平	年	月	日	(歳)	
	氏名						性別：男・女
	住所						
	TEL						
依頼元医院	医療機関名						
	医師名						
	住所						
	TEL						
撮影希望部位	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					
パノラマ所見概略							
特記事項	(撮影の目的等、できるだけ解り易くお願い致します) □ DICOM データ □ Prex Viewer 片側：12,000円 両側：15,000円						
撮影希望日時	第一希望：	年	月	日	(AM/PM	:)	
	第二希望：	年	月	日	(AM/PM	:)	
*木曜・土曜午後・日曜祝日を除く《AM9:00~12:30、14:30~17:30迄にお願いします》							

医) 紀親会 朝日歯科
 高知県四万十市中村於東町 26
 TEL 0880-34-1108
 FAX 0880-35-2814