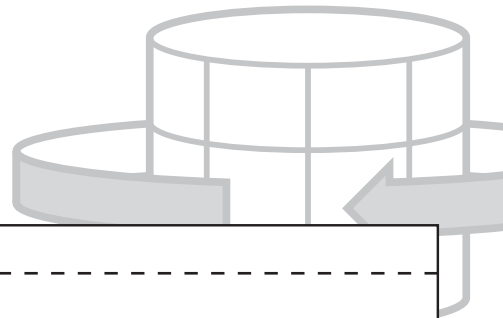
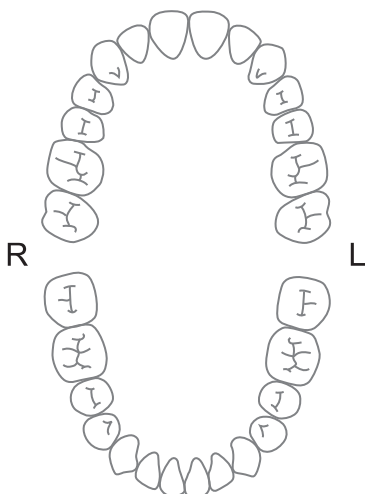
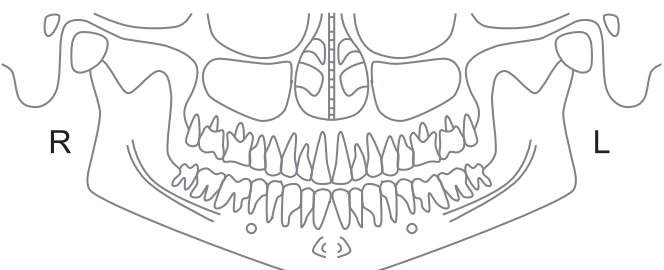


口腔内CT撮影依頼書



| | | | |
|---------------|--|--|--|
| フリガナ | | | |
| 連絡先 [貴医院名] | 医師名 印 | | |
| フリガナ | | | |
| 患者様氏名 | 年齢 () 生年月日 <small>大正 昭和 平成</small> | 性別 (男・女) 年 月 日 | |
| 撮影予定日 | 平成 年 月 日 (曜日) 時 分 来院予定 | | |
| 撮影部位 [角度] | カット  | パノラマ  <p style="text-align: right;">撮影サイズ 60 mm × 60 mm</p> | |
| その他 留意事項等 | | | |
| 撮影データ 郵送希望 | 撮影データの郵送を(希望する・希望しない) <input type="checkbox"/> 依頼医院(上記と同じ) <input type="checkbox"/> 別の住所(〒 住所: 様) | | |

総合歯科医院 オアシス・デンタル・オフィス

姫路市大津区大津町1-31-109 TEL:079-230-6480

FAX ▶▶▶ 079-230-6481