

# CT検査依頼書

紹介先医療機関名  
特定医療法人扇翔会 南ヶ丘病院  
TEL : 076-298-3366 (代)

平成 年 月 日

紹介元医療機関名

院長 : 宮崎 俊聡

\* ふりがな : \_\_\_\_\_

\* 患者氏名 : \_\_\_\_\_

\* 生年月日 : \_\_\_\_\_

\* 撮影部位 : 上下顎 ・ 上顎 ・ 下顎  
\_\_\_\_\_

\*は必須記入

紹介目的

インプラント治療の為のCT撮影をお願いいたします。

— 紹介先医療機関記入欄 —

ID番号 : \_\_\_\_\_

照射条件 : 120kv 90mA 0.8S

担当技師名 :