

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)

院長 : 宮崎 俊聡

令和 年 月 日

紹介元医療機関名

歯科医院

TEL :

院長 :

* 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に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 :