

## CT撮影依頼書

Fax:097-504-7706

|         |   |
|---------|---|
| 貴医院名    |   |
| 担当歯科医師名 |   |
| 住所      | 〒   |
| 電話番号    |   |
| FAX番号   |   |
| Email   | @   |
| フリガナ    |   |
| 患者氏名    |   |
| 患者電話番号  |   |
| 部位      |   |
| ステント    | あり ・ なし   |
| 撮影モード   | <input type="checkbox"/> スタANDARD<br><input type="checkbox"/> エンドモード<br><input type="checkbox"/> 3Dセファロ<br><input type="checkbox"/> その他 |
| 術後撮影    | 要 ・ 不要  |
| その他     |   |

平成 年 月 日

医療法人AUN あべ歯科クリニック

〒870-1132 大分県大分市大字光吉890-1  
電話番号 097-504-7955  
FAX番号 097-504-7706