

レントゲン撮影依頼書

予約日時: 年 月 日 AM/PM :

下枠内に貴院情報をご記入下さい。

ご住所 : 〒	
施設名称 :	TEL :
	FAX :
担当医ご氏名 :	印

下枠内に必要事項をご記入下さい。

ふりがな		性別	検査目的・注意・指示事項等
患者氏名		男・女	
生年月日	T・S・H 年 月 日		
撮影内容		セファロ (正面・側面)	
		セファロ (側面のみ)	
		パノラマ	

※原則として撮影データはCD-Rに入れて後日、医院へ直接郵送いたします。