一般画像検査申込書

申込日　令和　　年　　月　　日

九州大学病院 口腔画像診断科宛	依頼医療機関 〒 住所 機関名 （担当歯科医師　　先生） TEL/FAX
患者氏名	ふりがな M・T・S・H・R　年　月　日　（　）歳　男・女
予約日時	年　月　日　AM・PM　時　分 予定日時が決まっていない方は、未記入で結構です。
検査法	○ をつけて下さい。 （　）セファロ　（側面のみ） （　）セファロ　（正面+側面） （　）その他（　　） （　）その他（　　）
臨床診断名	
検査目的、病歴と現症など	
画像の受取方法 □CD データを郵送希望 □フィルムを患者に手渡し希望 □フィルムを郵送希望	