

放射線撮影依頼書

菊池中央病院 御中

紹介元医療機関	医療機関名	
	住所	
	電話番号	
	FAX番号	
	ご紹介医師名	

紹介先	内科 小児科	外科 皮膚科	整形外科 泌尿器科	脳神経外科 その他 (にチェックを入れてください)	形成外科 放射線科
	検査名	CT()		インプラントCT検査	セファロ撮影
	受診希望日	平成 年 月 日 曜日			

受診者情報	フリガナ		性別
	氏名		男・女
	生年月日		
	住所		
	電話番号		

菊池中央病院
TEL 0968 (25) 3141
FAX 0968 (25) 0879