

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	
	F A X 番 号	
	ご紹介医師名	

紹介先	内科	外科	整形外科	脳神経外科	形成外科
	小児科	皮膚科	泌尿器科	その他	放射線科
	(にチェックを入れてください)				
	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