

# 一般画像検査申込書

申込日 平成 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 TEL/FAX <span style="float: right;">先生)</span>
患者氏名	ふりがな  M・T・S・H 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 <input type="checkbox"/> CD データを郵送希望 <input type="checkbox"/> フィルムを患者に手渡し希望 <input type="checkbox"/> フィルムを郵送希望	