

再読影依頼書

依頼日	年 月 日	
当院患者 I D		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
患者氏名		
生年月日	年 月 日	歳
検査内容	年 月 日	CT
造影	<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無	
再読影依頼理由		
貴院名		
依頼医		