

# 再読影依頼書

検査日	年 月 日	
当院患者ID		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
患者氏名		
生年月日	年 月 日	歳
検査部位		CT
造影	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
再読影依頼理由		
貴院名		
依頼医		