

※封筒に関しては下の赤丸のように、患者様の検査日時、検査予約時間、氏名を記してください。

□□□-□□□□

M R I  
C T  
担 担  
当 当  
者 者  
宛 宛

慶友整形外科クリニック

診療情報提供書票

在中

〇〇月〇〇日(曜日)

〇〇時〇〇分~ CT・MRI検査

〇〇 〇〇様