

# CT撮影依頼票

撮影予約日時 年 月 日

フリガナ  
患者氏名 \_\_\_\_\_ 性別：男・女

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生 \_\_\_\_\_

住所 〒 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_ 携帯・自宅・勤務先  
日中連絡がとれる番号をお願いします。

依頼元医療機関名 \_\_\_\_\_

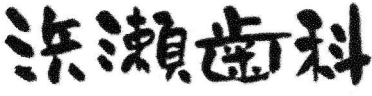
電話番号 \_\_\_\_\_

担当医名 \_\_\_\_\_

次回来院受診予定日時 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 午前・午後 \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分

|        |   |                 |
|--------|---|-----------------|
| 撮影目的   | 1.インプラント（術前・術後） 2.その他（ _____ ）              |                 |
| 撮影部位   | 撮影依頼部位を○で囲んでください。                           |                 |
|        | 右側上顎洞                                       | 左側上顎洞           |
|        | 8 7 6 5 4 3 2 1                             | 1 2 3 4 5 6 7 8 |
| 指示内容   | 撮影方法、出力方法に関する指示や留意点がございましたら、下記にご記入願います。     |                 |
| ステント   | 有・無<br>ステント装着に関する指示や留意点がございましたら、下記にご記入願います。 |                 |
| 画像出力媒体 | 1.3Dビューア 2.DICOMデータ 3.その他（ _____ ）          |                 |
| 感染症    | 無・有（ _____ ）                                |                 |
| 既往歴    | 無・有（ _____ ）                                |                 |

予約TEL→0598-21-0624 依頼票FAX→0598-21-9624



HAMASE DENTAL CLINIC