

診療情報提供書 兼 歯科用コーンビームCT検査依頼書

福岡歯科大医科歯科総合病院 放射線診断科

担当 先生御侍史

依頼元医療機関名

依頼医師名

電話番号

(メール)

フリガナ :	生年月日:	年	月	日
患者氏名:	身長*:	cm		
様	体重*:	kg		
性別 (男・女)	お支払いの別:	自費診療	保険診療	

*身長と体重は被ばく管理のために使用します

傷病名									
歯式 検査部位	<table><tr><td>8 7 6 5 4 3 2 1</td><td>1 2 3 4 5 6 7 8</td></tr><tr><td>8 7 6 5 4 3 2 1</td><td>1 2 3 4 5 6 7 8</td></tr><tr><td>E D C B A</td><td>A B C D E</td></tr><tr><td>E D C B A</td><td>A B C D E</td></tr></table>	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	E D C B A	A B C D E	E D C B A	A B C D E
8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8								
8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8								
E D C B A	A B C D E								
E D C B A	A B C D E								
紹介目的									
体内金属/電子機器 (あり なし) (製 品名 :	妊娠/授乳中 (あり なし)								
現在の処方及び備考									
予約日時 年 月 日 (曜日) 午前 ・ 午後 時 分									
歯科用コーンビームCT検査 ☐ 単純 ☐ インプラント [インプラントのステント あり なし]									

* あらかじめお電話にて検査枠をご予約してください
092-801-0411 (代表) 放射線診断科受付まで

*画像データはビューワソフト付DICOMデータにてお渡しいたします

2021年5月更新