

# 診療情報提供書 兼 パノラマ・セファロ・手根骨X線検査依頼書

福岡歯科大医科歯科総合病院 放射線診断科

依頼元医療機関名

担当 先生御侍史

依頼医師名

電話番号

( メール )

フリガナ : 患者氏名 :	生年月日:       年    月    日  様 性別 ( 男 ・ 女 )
------------------	---

傷病名
紹介目的
現在の処方及び備考

予約日時	年    月    日 (    曜日 )	午前 ・ 午後	時    分
<b>検査</b>	<input type="checkbox"/> パノラマ <input type="checkbox"/> パノラマ4分割 (顎関節 開閉口) <input type="checkbox"/> セファロ正面 <input type="checkbox"/> セファロ側面 ( <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> RR ) <input type="checkbox"/> 手根骨 ( <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両 )	<b>出力形式</b>	<input type="checkbox"/> ビューワ付DICOMデータ <input type="checkbox"/> フィルムのみ <input type="checkbox"/> フィルム+ビューワ付DICOMデータ

\* 電話予約は不要です。紹介状を持参のうえ、直接に当院外来受付までおこしください  
受付時間 平日 8:30~11:30、12:30~17:00  
土曜 8:30~11:30

2021年5月更新