

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
検査	<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)	出力形式	<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