

診療情報提供書

あさぎり病院 担当医宛

下記の内容にてデンタルCTスキャンを依頼します。

平成 年 月 日

フリガナ 氏名 生年月日 年 月 日生 歳	検査日時 年 月 日(曜日) AM PM 時 分より
-----------------------------	-----------------------------------

依頼医療機関名 医師名	TEL() - FAX() -
----------------	----------------------

検査部位 <input type="checkbox"/> 上顎 <input type="checkbox"/> 下顎 <input type="checkbox"/> 上・下顎 <input type="checkbox"/> その他()	ステント <input type="checkbox"/> 装着して撮影 <input type="checkbox"/> なし 義歯 <input type="checkbox"/> 装着したまま撮影 <input type="checkbox"/> はずして撮影
--	--

インプラント予定部位 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	検査データ <input type="checkbox"/> フィルム <input type="checkbox"/> CD-ROM <input type="checkbox"/> その他()
--	--

臨床診断、症状、検査目的など

備考

検査の都合上、予約検査となりますのでお電話にて日時をご予約ください。

医療法人社団 吉徳会 放射線室 TEL・FAX共通
あさぎり病院 078(912)8111