

CT撮影依頼書

FAX:052-764-2228

年 月 日

患者様情報	
患者氏名(ふりがな)	殿 性別: 男 ・ 女
生年月日 明・大・昭・平	年 月 日 ()歳
電話番号	
既往歴: <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り()	
感染歴: <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り()	
当院検査歴: <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	

紹介医療機関様情報	
医療機関名	
歯科医師名	休診日
医療機関住所 〒 _____	
電話番号() 緊急連絡先()	

撮影について	
撮影目的	<input type="checkbox"/> インプラント(術前・術後) <input type="checkbox"/> 歯内処置 <input type="checkbox"/> 歯周処置 <input type="checkbox"/> 埋伏歯処理 <input type="checkbox"/> 顎関節症 <input type="checkbox"/> 矯正処置 <input type="checkbox"/> その他()
撮影依頼部位	<input type="checkbox"/> 上顎のみ <input type="checkbox"/> 下顎のみ <input type="checkbox"/> 上下顎
部位(撮影依頼報告書を○で囲んでください)	
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	
その他撮影に関するコメント	

ノエルデンタルクリニック 院長 福岡 俊一
〒464-0056 名古屋市千種区月見坂町1-14
TEL:052-764-2226 FAX:052-764-2226