診療情報提供書

あさぎり病院　担当医宛　　年　月　日
下記の内容にてデンタルCTスキャンを依頼します。

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
☐ 上顎 ☐ 下顎 ☐ 上・下顎
☐ その他（　）

ステント
☐ 装着して撮影　☐ なし

義歯
☐ 装着したまま撮影　☐ 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
☐ フィルム
☐ CD-R

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下さい。

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