⑦デンタルCT検査依頼書

診療情報提供書（デンタルCT検査依頼書）

あさぎり病院担当医宛

下記内容にてデンタルCT検査を依頼します。

患者様の状況；☐外来待機中　☐帰宅
☐入院中（☐退院後受診　☐入院中受診）

患者情報 ﾌﾘｶﾞﾅ 氏名　男・女	第一希望　検査日時　年　月　日（　曜日） AM・PM　時　分より
旧姓 生年月日　年　月　日	第二希望　検査日時　年　月　日（　曜日） AM・PM　時　分より
現住所　〒　－ TEL　（　）　－ 携帯　（　）　－ あさぎり病院受診歴　☐あり　☐なし	紹介元医療機関名 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

【臨床診断、症状、検査目的など】

【チェックリスト】

妊娠　☐なし　☐あり

【検査データ】

CD-R

【備考】

医療法人社団　吉徳会

あさぎり病院　地域連携室　TEL＆FAX　078-912-7574