

歯科インプラント用 CT 依頼票

年 月 日

脳神経センター大田記念病院 放射線課 行

FAX() -

依頼医療機関名

TEL() -

依頼医療機関所在地

医師氏名:

フリガナ	生年月日
患者氏名 男・女	明・大・昭・平 年 月 日 (歳)
住 所 〒	
連 絡 先	

●当院受診歴 あり ・ なし
部位 <input type="checkbox"/> 上顎 <input type="checkbox"/> 下顎 <input type="checkbox"/> 両顎
撮影時口腔内の状態： 上顎： <input type="checkbox"/> CT テンプレートを装着 <input type="checkbox"/> 何も装着しない <input type="checkbox"/> 義歯を装着 下顎： <input type="checkbox"/> CT テンプレートを装着 <input type="checkbox"/> 何も装着しない <input type="checkbox"/> 義歯を装着
現在, 妊娠している可能性がありますか (はい ・ いいえ)

社会医療法人祥和会 脳神経センター大田記念病院 地域医療連携室 (直通) FAX 084(928)2769
放射線課 TEL 084(931)8650 (内線 2140)

予約受付時間 月曜～金曜 8:30～17:00 土曜 8:30～12:00