

歯科インプラント用 CT 依頼票

平成 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

 上顎 下顎 両顎

撮影時口腔内の状態:

上顎: CT テンプレートを装着 何も装着しない 義歯を装着下顎: CT テンプレートを装着 何も装着しない 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