

診療情報提供書(口腔インプラントCT依頼票)

中部ろうさい病院 地域医療連携室 御中
FAX: 052-652-5716

申込み日 令和 年 月 日

太枠内を必ずご記入ください

患者ID: — —

フリガナ ()
患者氏名 様

中部労災病院の受診歴 有 ・ 無
(ID: — —)

生年月日 T・S・H・R 年 月 日
()才 (男 ・ 女)

所在地
医療機関名
医師氏名

電話番号 () —

TEL・FAX

携帯電話 () —

	撮影部位	撮影時の希望				
歯科 インプラント CT	<input type="checkbox"/> デンタスキャン <input type="checkbox"/> シンプラント データの媒体() <input type="checkbox"/> 上顎 <input type="checkbox"/> 下顎 <table border="1"> <tr> <td>8 7 6 5 4 3 2 1</td> <td>1 2 3 4 5 6 7 8</td> </tr> <tr> <td>8 7 6 5 4 3 2 1</td> <td>1 2 3 4 5 6 7 8</td> </tr> </table> <input type="checkbox"/> シーネ装着撮影	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	
	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					
希望日時	① 令和 年 月 日 () AM・PM : 頃 ② 令和 年 月 日 () AM・PM : 頃 ③ 令和 年 月 日 () AM・PM : 頃					
撮影結果 について	<input type="checkbox"/> 電子媒体(CD-ROM)にて交付 <input type="checkbox"/> フィルムにて交付					
交付方法	<input type="checkbox"/> 患者さま渡し <input type="checkbox"/> 紹介元へ送付					

※ 本依頼票は、インプラント治療にかかる一連の撮影依頼票となっていますので原則「自費診療」となります。「保険診療」でのご依頼の場合は、「放射線科検査依頼票」をご使用していただくか、別途ご相談ください。

【お問い合わせ】 平日:8:15~19:30 ☎ 052-652-5950
中部ろうさい病院 地域医療連携室