

## 撮影依頼書・質問票

ふりがな	依頼医署名						
患者氏名	連絡先(撮影予約日に連絡の取れる場所) 所在地						
生年月日 年 月 日	電話番号 FAX番号						
撮影第一希望日 平成 年 月 日 午前・午後 撮影第二希望日 平成 年 月 日 午前・午後	感染症の既往 あり (疾患名 ) なし わからない						
撮影希望サイズ Large-Field (184 x 206 mm) Medium-Field (90 x 150 mm)	最近6ヶ月間の抜歯 あり なし わからない ありの場合、部位に をつけてください						
当院でのCT撮影の既往 初回 再診 (患者番号: )わかれば	<table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">87654321</td> <td style="padding: 0 10px;">12345678</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">87654321</td> <td style="padding: 0 10px;">12345678</td> </tr> </table>	87654321	12345678			87654321	12345678
87654321	12345678						
87654321	12345678						
撮影目的 インプラント治療 ・ 上顎洞 ・ 矯正 ・ TMJ ・ その他 ( )	サイナスリフト、骨補填材による治療 あり なし 部位( ) 上顎洞根治手術の既往 あり なし						
インプラント植立予定部位 をつけてください <table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">87654321</td> <td style="padding: 0 10px;">12345678</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">87654321</td> <td style="padding: 0 10px;">12345678</td> </tr> </table> その他の部位( )	87654321	12345678			87654321	12345678	その他の顔面部疾患の既往
87654321	12345678						
87654321	12345678						
撮影用ステントの使用 あり なし	その他撮影に関する希望						
添付フィルム あり(返却の要・不要) なし パノラマ その他( )							
送付先(依頼医連絡先と異なる場合)							

清水歯科医院併設CT画像診断室 0120-51-6480 (予約専用)

ファックス: 078-734-3281

電話: 078-732-3461