

CT 撮影依頼票 (紹介・診療情報提供書)

FAX 番号: 025 - 227 - 2934 (新潟大学医歯学総合病院医事課) 記入日: 平成 年 月 日

患者様	ふりがな			性別	女・男
	氏名			年齢	歳
	生年月日	明・大・昭・平	年 月 日		
	現住所				
	電話番号	()	緊急連絡先 (携帯電話等)	()	

紹介医療機関	医療機関名				
	歯科医師名		休診日		
	医療機関住所	(〒 -)			
	電話番号	()	緊急連絡先	()	

* 緊急連絡先は休診日に必ず連絡が取れる電話番号を記入してください。

希望予約日時	あり(下記希望日時を記入ください) なし				
土日・祭日を除き、 午前は 9:00 ~ 11:30 午後は 1:00 ~ 3:30 までの 30 分間隔で 指定いただけます	第一希望	平成	年	月 日	午前・午後 時 分
	第二希望	平成	年	月 日	午前・午後 時 分
	第三希望	平成	年	月 日	午前・午後 時 分
臨床診断					
撮影方法	コーンビーム CT (CBCT)		全身用 CT (MDCT)		
	(患者様の被曝を考慮して、軟部組織の情報が必要でない限り、できるだけ CBCT をお選びください)				
撮影目的	インプラント(術前・ 術後)		埋伏歯処置	顎関節症	
	その他()				
撮影部位	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8			全顎 顎関節(左・右・両側)
	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8			
	その他()				
撮影時の注意事項	ステント(有・無)		義歯(有・無)		
既往歴 現症 特記事項	エックス線写真(有・無) : 種類(デンタル パノラマ)				

医事課様へ: 本文書が FAX 受診された場合には、PHS: 070-6513-1448(小山)までご連絡ください。

FAX 番号: 025 - 227 - 2934

[新潟大学医歯学総合病院 / 画像診断・診療室]