

# 画像検査依頼書

(歯科用コーンビームCT除く)

令和 年 月 日

紹介先医療機関等名

日本大学歯学部附属歯科病院

紹介元医療機関

所在地・〒

名 称

電 話 番 号

歯科医師名

印

担  
当  
医

歯科放射線科

先生

患者氏名

男

女

明・大・昭・平 年 月 日生 ( 歳)

職業

患者住所

電話番号

部位および病名：

◆検査種 (○で囲んでください)

・ 歯科矯正セファログラム (側面・正面・軸位) ・ 手根骨撮影

・ パノラマ ・ 顎関節パノラマ ・ Waters 撮影

・ 口内法 (標準型・咬翼法・咬合型) ・ 部分パノラマ (以下から部位を選んでください)

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

その他の部位 ( )

(上記検査は予約不要)

・ その他の検査 ( )

(「その他の検査」については、事前に歯科放射線科 (03-3219-8084) までご連絡ください)

◆画像出力の方法 (いずれかを○で囲んでください。)

・ デジタルデータ (CD) ・ ファイルム ・ その他 ( )

(フィルムとデジタルデータの両方を出力する場合には追加料金がかかります)

検査時の特別な指示があれば記載ください。

既往歴及び家族歴、検査結果、症状及び経過 (特記すべき感染症 無・有： )

備 考

持参資料 ( 無 ・ 有 → レントゲンフィルム ・ その他 ) (資料の返却 不要 ・ 要 )