

歯科用CT、全身用CT検査依頼書

鶴見大学歯学部附属病院

フリガナ 患者氏名 _____	性別	検査予約日時	年 月 日 時 分																																		
		検査装置 (○をつけてください)	歯科用CT ・ 全身用CT																																		
生年月日	年 月 日 歳																																				
貴施設 名称 _____	所在地 〒	検査部位 (○をつけてください)	<table border="1"> <tr> <td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td> <td> </td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td> </tr> <tr> <td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td> <td> </td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td> </tr> </table>	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																					
電話番号 _____	FAX番号 _____	検査目的 (○をつけてください)	インプラント術前検査 (ステント 使用 ・ 不要) その他 (具体的に記載してください)																																		
依頼医 _____	予約担当者	DICOMデータ (¥1000 + 税)	必要 ・ 不要																																		
		パノラマ撮影 (¥5000 + 税)	必要 ・ 不要																																		
検査内容等、検査当日の問い合わせ電話番号		添付画像 (○をつけてください)	なし パノラマ ・ デンタル ・ その他																																		
特記事項等																																					

検査目的、検査範囲により検査料金が異なるため、検査料金は予約時にお知らせします。
 ご不明な点は予約時にご遠慮なくお尋ねください。
 なお、患者様ご本人からの予約はお受けしておりません。貴施設よりご予約ください。

鶴見大学歯学部附属病院 画像診断・放射線科 (画像検査部) 045-580-8533 (直)
 平日 9:00 ~ 12:30、13:30 ~ 16:00、土曜日 9:00 ~ 12:30