

(様式5)

## 画像診断・検査依頼書

鶴見大学歯学部附属病院 御中

平成 年 月 日

医療機関の所在地 : 〒 .....

名称 : .....

電話番号 : ( ) .....

歯科医師・医師氏名 : .....

### 【患者】

氏名		職業	
生年月日	明・大・昭・平	年 月 日生	男・女

### 患者臨床情報

患者に対する留意事項 アレルギー - 有り ( ) 他

希望される画像診断・検査を○で囲んでください。

MRI・X線CT・超音波画像検査・多軌道断層X線撮影・頭部X線規格撮影  
多機能パノラマX線撮影・短時間撮影型パノラマX線撮影・歯科用パノラマX線撮影  
歯科用デジタルX線撮影(口内法)・X線透視ビデオ関節鏡検査・根管内視鏡検査  
顎運動検査・口臭検査

上記以外の検査希望の場合はご記入ください。

最終的な検査法の選択は御一任ください。

予約日時: 平成 年 月 日 ( 曜日 ) 午前・午後 時 分

【予約科】: 予防歯科・保存科・補綴科・口腔外科・矯正科  
小児歯科・放射線科・歯科麻酔科・高齢者歯科・内 科

【予約者名】

電話予約の際に、予約科を○で囲み、予約者名を記入してください。