

(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。

M R I ・ X 線 C T ・ 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。