

神奈川県歯科大学附属病院 画像検査依頼書

紹介元医療機関

名称	
〒	
担当医	
TEL:	FAX:

患者様へ

- ・検査当日は本依頼書を忘れずにご持参ください。
- ・当院 1 階総合受付に予約時間の 15 分前までにお越しください。
- ・撮影時は貴金属類の取外しをお願い致します。
- ・予約日時にご都合が合わなくなりました場合は、下記電話番号までご連絡下さい。

TEL : 046 - 822 - 8895 (4階診療受付A)

ふりがな	予約日時
患者氏名	令和 年 月 日
生年月日: 年 月 日 (歳)	(午前・午後) 時 分 ~
性別: 男 ・ 女	

検査目的	検査部位
	該当部位を○で囲んでください
	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
データのお渡しについて	顎関節 (左側 ・ 右側 ・ 両側)
<input type="checkbox"/> 郵送 (期日: 月 日)	その他 []
<input type="checkbox"/> 患者様手渡し	

*データの郵送は検査日より2日以降のお届けとなります。送付先がご依頼元と異なる場合は連絡欄にご記入をお願い致します。

検査方法 該当項目に☑	自費のみ	<input type="checkbox"/> 歯科用 CBCT (インプラント術前検査)⇒	*インプラント術前検査の場合ご記入下さい。 ステント使用 (あり・なし)
		<input type="checkbox"/> セファロ撮影	(<input type="checkbox"/> 正側面 ・ <input type="checkbox"/> 側方面のみ)
	<input type="checkbox"/> 保険	<input type="checkbox"/> 歯科用 CBCT (インプラント以外)	連絡欄
	<input type="checkbox"/> 自費	<input type="checkbox"/> 全身用 CT <input type="checkbox"/> MRI	検査に関するご要望等をご記入ください。
		<input type="checkbox"/> パノラマ撮影 <input type="checkbox"/> その他 []	

*ご依頼に関する詳細、検査料については当院ホームページをご確認ください。

*画像データは原則として CD-ROM でのお渡しとなります。

*CBCT の撮像範囲は当科で判断いたします。(インプラント術前、全顎撮像:8cm 大 / 少数歯撮像:6cm 大)
両側埋伏智歯など、部位を跨ぐ場合は同一検査扱いとなりますが、6cm大で部位別の撮像となります。

*本依頼書の事前 FAX は不要です。

*検査内容や予約日時、当日の流れについて患者様への十分なお説明をお願い致します。

*検査のご依頼予約、ご不明な点については下記電話番号までお問合せ下さい。