

診療情報提供書

(湘南東部総合病院 デンタルインプラントCT・セファロレントゲン 検査申込書)

平成 年 月 日

フリガナ		男 女	T				
氏名			S	年	月	日	生まれ
			H		(歳)
住所							
	TEL ()						
紹介元	病医院名 所在地 TEL/FAX 医師名						

* 以下、該当部分に をお付けください。

検査項目	CT(デンタルインプラント用)	インプラント予定 部位	右上 8 7 6 5 4 3 2 1	左上 1 2 3 4 5 6 7 8
			8 7 6 5 4 3 2 1 右下	1 2 3 4 5 6 7 8 左下
	CT撮影範囲	両顎 上顎のみ 下顎のみ		
	ステント	有り ・ 無し		
	読影	必要 ・ 不要		
	検査方向	正面 ・ 側方 ・ 正面&側方		
	検査データ	患者様に御渡し		紹介元に御届け
	その他()			

検査目的 診断名	(目的) インプラント治療 (診断名) スライス幅0.75mm 検査希望部位等を詳しくご記入ください。		
-------------	--	--	--

個人データ	・感染 有・無 () ・人工臓器 有・無 () ・手術歴(時期・内容) 有・無 () ・体内金属 有・無 () ・アレルギー、喘息 有・無 () ・てんかん 有・無 () ・閉所恐怖症 有・無 () ・妊娠 有・無 (週) ・体重 kg	インプラント用CT画像出力形式 (お選びください) CD-ROMを紹介元(歯科医院)へ届けてほしい フィルムを紹介元(歯科医院)へ届けてほしい CD-ROMを業者へ送ってほしい 患者様へ手渡してほしい (フィルム ・ CD) その他()
		出力する内容(お選びください) インプラント再構成用元データのみ(アキシャル) インプラント予定部位のサジタル、コロナル画像(歯列) 全部位のサジタル、コロナル画像

検査 希望日時	月 日 () 午前 ・ 午後
------------	-----------------

* ご記入いただきましたら、下記まで FAX お願い申し上げます。

FAX番号 0467-89-3630	湘南東部総合病院 地域連携室 TEL0467-89-3633
-----------------------	-----------------------------------