

CT撮影依頼書

年 月 日

医療法人社団明佳会 稲毛デンタルクリニック
〒263-0031千葉県千葉市稲毛区稲毛東3-15-7
15藤ビル3F
TEL: 043-241-0002 FAX:043-241-0002

医療機関名
所在地

電話番号 () —
FAX番号 () —

_____先生

医師名 _____^①

予約日時 年 月 日 () 時 分	
フリガナ 患者氏名 殿 性別：男・女 生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 (歳)	
既往歴：□無し □有り () 感染症：□無し □有り ()	
撮影依頼部位：□上顎のみ □下顎のみ □上下顎	当院の検査歴：□有り □無し
部位（撮影依頼部位を○で囲んで下さい。） 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	ラジオグラフィックガイドの使用 □有り（□送付済み □本人持参） □無
□ 画像診断報告書を希望 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 * 画像診断報告書を御希望の場合は、測定部位を明示（○）してください。	
その他撮影に関するコメント	