

# CT撮影依頼書

年 月 日

医療法人社団明佳会 有楽町デンタルオフィス  
〒100-0006 東京都千代田区有楽町1-7-1  
有楽町電気ビルヂング北館3階  
TEL: 03-3287-3666 FAX: 03-3287-3667

医療機関名  
所在地  
電話番号 ( ) -  
番号 ( ) -

先生

医師名 (印)

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： <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り ( ) 感染症： <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り ( )	
撮影依頼部位： <input type="checkbox"/> 上顎のみ <input type="checkbox"/> 下顎のみ <input type="checkbox"/> 上下顎	当院の検査歴： <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し
部位 (撮影依頼部位を○で囲んで下さい。)	ラジオグラフィックガイドの使用 <input type="checkbox"/> 有り ( <input type="checkbox"/> 送付済み <input type="checkbox"/> 本人持参 ) <input type="checkbox"/> 無
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	
<input type="checkbox"/> 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	