

## 【MDCT検査 撮影依頼書・質問票】

ふりがな 患者氏名 男      女 生年月日 明・大・昭・平・令      年      月      日	依頼歯科医師名 連絡先(検査日に依頼歯科医師と連絡がとれるところ) 所在地・名称 電話番号 FAX番号								
撮影予約日時 西暦      年      月      日(      )      時      分	感染症の既往      あり      なし 疾患名								
撮影希望部位    上顎のみ    下顎のみ    上下顎 インプラント植立予定部位    ○をつけてください <table style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;">8 7 6 5 4 3 2 1</td> <td style="padding: 2px;">1 2 3 4 5 6 7 8</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;">8 7 6 5 4 3 2 1</td> <td style="padding: 2px;">1 2 3 4 5 6 7 8</td> </tr> </table>	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	最近6ヶ月間の抜歯      あり      なし <table style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;">8 7 6 5 4 3 2 1</td> <td style="padding: 2px;">1 2 3 4 5 6 7 8</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;">8 7 6 5 4 3 2 1</td> <td style="padding: 2px;">1 2 3 4 5 6 7 8</td> </tr> </table>	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
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								
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								
ステントの使用      あり      なし インプラント用CTの撮影歴      あり      なし	サイナスリフトによる治療      あり      なし 部位(      )								
添付フィルム      あり      なし パノラマ    その他(      )	骨補填材による治療      あり      なし 部位(      )								
当科でのパノラマ撮影希望      あり      なし 撮影に関する希望等	上顎洞根治手術の既往      あり      なし その他の顔面部疾患の既往      あり      なし 疾患名								
画像収録DVDと画像所見レポートを、 翌日以降に郵送します。 それ以外の受取方法を希望の場合はご相談ください。 ※送付先が上記連絡先と異なる場合はご記入ください	その他特記事項								

**昭和大学歯科病院 地域歯科医療連携室**

検査予約 TEL・FAX 03-5498-1954    予約受付時間 月～土9:00-17:00

検査予約は貴施設(医療機関)の担当歯科医師からお願いします。患者さんからはお受けしていません。

患者さんは、検査当日に、担当歯科医師が記入された本状を持参の上、ご来院下さい。

検査に関するご質問 TEL 03-3787-1151 内線212 歯科放射線科医師直通

2020.03版