

**【3D Accuitomo F17 検査 撮影依頼書・質問票】**

ふりがな  患者氏名  生年月日 明・大・昭・平・令      年      月      日	男      女  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  3DXおよび3D Accuitomo F17検査の撮影歴      あり      なし  添付フィルム      あり      なし パノラマ      その他				
撮影目的    ○をつけて下さい  歯内療法    歯の破折    歯周治療  埋伏歯      顎骨手術    インプラント  矯正治療    顎関節治療  その他	撮影に関する希望等  その他特記事項				
撮影部位    ○をつけて下さい  <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; text-align: center;">8 7 6 5 4 3 2 1</td> <td style="text-align: center;">1 2 3 4 5 6 7 8</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; text-align: center;">8 7 6 5 4 3 2 1</td> <td style="text-align: center;">1 2 3 4 5 6 7 8</td> </tr> </table> 根尖部    隣在歯    オトガイ孔    下歯槽管  上顎洞    顎関節    その他	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
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				

**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