

【3D Accuitomo F17 検査 撮影依頼書・質問票】

ふりがな 男 女 患者氏名 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	電話番号 FAX番号
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	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
撮影部位 ☐ をつけて下さい 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 根尖部 隣在歯 オトガイ孔 下歯槽管 上顎洞 顎関節 その他	撮影に関する希望等 その他特記事項
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

昭和医科大学歯科病院 地域歯科医療連携室

検査予約 TEL・FAX 03-5498-1954 予約受付時間 月曜日～土曜日 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

2025.07版