

【MDCT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				
撮影予約日時 西暦 年 月 日() 時 分	電話番号 FAX番号				
撮影希望部位 上顎のみ 下顎のみ 上下顎	感染症の既往 あり なし				
インプラント植立予定部位 ○をつけてください <table border="1" data-bbox="151 784 742 907"> <tr> <td>8 7 6 5 4 3 2 1</td> <td>1 2 3 4 5 6 7 8</td> </tr> <tr> <td>8 7 6 5 4 3 2 1</td> <td>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	疾患名 最近6ヶ月間の抜歯 あり なし
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	<table border="1" data-bbox="853 918 1444 974"> <tr> <td>8 7 6 5 4 3 2 1</td> <td>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				
インプラント用CTの撮影歴 あり なし	<table border="1" data-bbox="853 985 1444 1041"> <tr> <td>8 7 6 5 4 3 2 1</td> <td>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				
添付フィルム あり なし パノラマ その他()	サイナスリフトによる治療 あり なし 部位()				
当科でのパノラマ撮影希望 あり なし	骨補填材による治療 あり なし				
撮影に関する希望等	部位()				
	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				
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	疾患名				
	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