

紹介・診療情報提供書および歯科用 CBCT 検査依頼書

年 月 日

患 者	ふりがな			性 別	男 ・ 女	
	氏 名					
	生年月日	年	月	日	年 齢	歳
	現 住 所					
	電話番号	()				

紹 介 医 療 機 関	医療機関名				
	歯科医師名	Ⓜ	休 診 日		
	医療機関 住所	〒 _____			
	電話番号	()	緊急連絡先	()	

*緊急連絡先は休診日に必ず連絡が取れる電話番号を記入して下さい。

予約日時	年 月 日		午前 ・ 午後		時 分
傷 病 名					
検査目的	<input type="checkbox"/> インプラント (術前・術後) <input type="checkbox"/> 歯内処置 <input type="checkbox"/> 歯周処置 <input type="checkbox"/> 埋伏歯処置 <input type="checkbox"/> 顎関節処置 <input type="checkbox"/> 矯正処置 <input type="checkbox"/> その他 ()				
検査部位	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	<input type="checkbox"/> 全顎		
	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	<input type="checkbox"/> 顎関節 (左・右・両側)		
検査領域	部位 1		<input type="checkbox"/> φ 40mm×H40mm	<input type="checkbox"/> φ 60mm×H60mm	
	部位 2		<input type="checkbox"/> φ 40mm×H40mm	<input type="checkbox"/> φ 60mm×H60mm	
	部位 3		<input type="checkbox"/> φ 40mm×H40mm	<input type="checkbox"/> φ 60mm×H60mm	
検査時の 注意事項	<input checked="" type="checkbox"/> ステント (有・無) <input checked="" type="checkbox"/> 義歯 (有・無)				
既往歴 および 特記事項	<input checked="" type="checkbox"/> エックス線写真 (有・無) : 種類 (<input type="checkbox"/> デンタル <input type="checkbox"/> パノラマ)				