

診療情報提供書（インプラントCT撮影用）

【紹介先】 八尾市立病院
放射線科

〔患者情報〕

フリガナ		性 別
患者氏名		男 ・ 女
生年月日	大正 ・ 昭和 ・ 平成 年 月 日生（ 歳）	
住 所	〒	
電話番号		
八尾市立病院受診歴	有 ・ 無	昭和 ・ 平成 年 月頃

疾病名及び主訴																																		
撮影部位	上顎 ・ 下顎 ・ 上下顎																																	
撮影範囲（FDV）	顎のみ ・ その他（ ）																																	
撮影角度	咬合面 ・ フランクフルト平面 ・ その他（ ）																																	
インプラント挿入 予定位置	<table border="1"> <tr> <td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td> </tr> <tr> <td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>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																			
撮影用ステント	有 ・ 無																																	
画像出力方法	CD-R ・ フィルム																																	
画像処理依頼先																																		
備 考																																		

〔予約希望〕

◎ 都合の悪い日時 ※ _____

◎ 希望日時

	第一希望日	月	日	第二希望日	月	日
	月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土					

↑ 優先順位をご記入ください。

※ できる限り記入して下さい。

備考： _____

【依頼歯科医療機関情報】

医療機関名	
医 師 名	
住 所	
電話番号	
FAX番号	

地域医療連携室

TEL 072-922-0887
FAX 072-922-8167