

紹介・診療情報提供書および画像検査依頼書

年 月 日

患者	ふりがな			
	氏名			
	生年月日	年	月	日
	現住所			
	電話番号	()		

紹介 医療 機関	医療機関名			
	歯科医師名	○印 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			
検査部位	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		<input type="checkbox"/> CBCT全顎 <input type="checkbox"/> CBCT顎関節（左・右・両側） <input type="checkbox"/> 側面セファロ <input type="checkbox"/> 正面セファロ			
検査領域	部位1		<input type="checkbox"/> φ40mm×H40mm	<input type="checkbox"/> φ60mm×H60mm		
	部位2		<input type="checkbox"/> φ40mm×H40mm	<input type="checkbox"/> φ60mm×H60mm		
	部位3		<input type="checkbox"/> φ40mm×H40mm	<input type="checkbox"/> φ60mm×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）					

