

インプラント用クロスカットCT検査申込書兼診療情報提供書

紹介元医療機関			
住所・郵便番号	〒		
電話番号	TEL	FAX	
紹介医師			科

フリガナ			大・昭・平・令						男・女
患者氏名			生年月日	年 月 日 () 歳					
患者様住所	〒							体重	
TEL	() -	携帯		() -					
柳川病院受診履歴	なし		あり						

【予約内容】

検査日	年 月 日	午前・午後	時 分	※お電話にて決定された日時を記入願います。	
撮影部位	上顎骨	下顎骨	※撮影部位を必ず選択願います。		
備考【依頼内容】	撮影時サージカルステントの持参 (有 ・ 無)				

※撮影時のサージカルステントの有無につきましては必ずチェックをお願いします。

【画像出力】

基本画像: Axial像・Coronal像・2mmピッチCross-cut・骨ボリュームレンダリング

選択	フィルム (クロスカットのみ) .CD-R(全て)	CD-R(全て)	その他:
----	----------------------------	----------	------

※CD-RはDICOMビューワー付きです。計測、拡大が可能です。

柳川病院 使用欄 ID番号 _____

(記入する必要はありません)

----- (点線以下の部分を切り離してお使い下さい) -----

一般財団法人 医療・介護・教育研究財団 柳川病院からのご連絡

様 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____

下記の日時にCT検査のご予約を承りました。
 受診の際にはこの用紙を受付にご提示下さい
 検査当日は予約時間30分前には受付を済ませるようにお願い致します。

CT検査予約: 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 午前・午後 _____ 時 _____ 分

一般財団法人 医療・介護・教育研究財団 柳川病院

地域連携室 TEL0944-72-6171

〒832-0077 福岡県柳川市筑紫町29番地