

歯科矯正用 画像検査依頼書（診療情報提供書）

依頼先	日本大学松戸歯学部附属病院 放射線科 担当医		記入年月日	年	月	日
フリガナ		性別	紹介元医療機関名:			
患者氏名		M・F	所在地：〒			
生年月日	年	月	日	年齢（	歳）	
患者住所	〒					電話番号：
電話番号						医師氏名： ⑩

* 記入漏れがないようにおねがいたします。また、検査当日に連絡のつく電話番号をご記入ください。

検査種別：	* 必要な検査全てにチェックをして下さい。				
<input type="checkbox"/> セファロ撮影（正面） <input type="checkbox"/> セファロ撮影（側面） <input type="checkbox"/> セファロ撮影（軸位） <input type="checkbox"/> パノラマ撮影					
予約日：	年	月	日	* 患者からではなく必ず医療機関よりご予約のお電話をお願いします。 なお、紹介元医療機関の休診日のご予約はご遠慮ください。	
傷病名：					
検査目的（紹介目的）：					
症状経過及び検査結果：					
既往歴及び家族歴：					
その他撮影及び画像処理に関するご指示：					
出力方法：	<input type="checkbox"/> フィルム <input type="checkbox"/> CD-ROM				
データ（画像）提供方法：	<input type="checkbox"/> 患者持ち帰り <input type="checkbox"/> 送付（着払い）				
* 送付の場合、画像データは貴医療機関宛へお送りいたします。					
備考・（現在の処方等）：					

* ご質問等ございましたらお問い合わせ下さい。