

画像検査依頼申込書(FAX用)【歯科】

令和 年 月 日

日本歯科大学新潟病院

医療機関名

地域医療連携室 宛

住所

FAX 025-267-1546

医師名

(送信票・送付箋等は不要)

TEL

FAX

【受診希望日】…ご希望の受診日を第3希望までお知らせください。

第1希望	月 日 (曜日)	午前・午後	時 分
第2希望	月 日 (曜日)	午前・午後	時 分
第3希望	月 日 (曜日)	午前・午後	時 分
希望日なし	※予約日をお任せ頂ける場合には、希望日なしに○をつけて下さい		

【依頼検査種別・内容・目的・部位】

依頼検査種別	内容	目的・部位・病名
CT	<input type="checkbox"/> インプラント(自費料金) <input type="checkbox"/> その他 ()	MPR ・ 3D
CBCT	<input type="checkbox"/> インプラント(自費料金) <input type="checkbox"/> その他 ()	
MRI	<input type="checkbox"/> 顎関節 <input type="checkbox"/> その他 ()	
X線写真	<input type="checkbox"/> セファロ撮影(自費料金) <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 正面 <input type="checkbox"/> 側面 <input type="checkbox"/> その他()

【検査データの保存方法と診断書の有無】

- フィルム
 CD-R ⇒ DICOM Viewer あり DICOM Viewer なし
 診断結果報告書

【検査結果受取方法】

- 郵送(着払い))

【患者様基本情報】

フリガナ				性別	男・女
患者氏名					
生年月日・年齢	大・昭・平・令	年	月	日	歳
現住所	〒 -				
電話番号	TEL	-	-		

- * 折り返し、「診療予約票」をFAX致します。患者様にお渡し下さい。
* 上記の受付時間外にFAXを送信された場合の対応は、翌診療日になりますのでご了承下さい。
* 労災・交通事故等の場合はその旨をお知らせ下さい
ご不明な点がございましたら、下記へお問い合わせ下さい。

日本歯科大学新潟病院 地域歯科医療連携室 TEL:025-211-8228/8257(直通)

(2024年4月版)