

CT / CBCT 連絡票 (兼) 診療情報提供書

令和 年 月 日

紹介先医療機関等名

紹介元医療機関所在地：〒

東北大学病院

口腔診断科 担当医 宛

名称・電話番号：

歯科医師氏名：



| | | |
|--|--|----------------------------|
| 予約内容 | CT 撮影予約 午前・午後 (受付・撮影前診察がありますので、予約時間が午前中の方は撮影予約の60分前まで、午後の方は40分前までにご来院ください。) | コーンビームCT 月 日 () 時 分 |
| 患者氏名・性別 患者住所 電話番号 生年月日 | 様 男性 女性 年 月 日 (歳) 職業 | |
| 既往歴および家族歴 | 心臓ペースメーカー装着 有 無 | |
| 紹介目的 | CT / コーンビーム CT 撮影依頼 | |
| 撮影希望部位 | 上顎 下顎 上下顎 | |
| インプラント 予定部位 | | |
| 埋入予定 インプラント | メーカー 製品名 | |
| ステント | あり なし | |
| 添付パノラマ | あり なし | |
| SimPlant シミュレーション | 要 不要 | |
| 経過、処置、現在の処方、その他（インプラント目的以外の場合は詳しくご記入ください。） | | |

※患者さんにお渡しいただき、来院日にお持ちいただきますようご説明ください。

※インプラントの場合は私費での撮影となりますので、約 35,000 円となります。

東北大学病院 地域医療連携センター TEL (022)717-7131
FAX (022)717-7132