

# 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  
東北大学病院  
顎口腔画像診断科 担当医 宛

紹介元医療機関所在地：〒

名称・電話番号：  
歯科医師氏名：



予約内容	CT 撮影予約 月 日 ( ) 午前・午後 時 分 (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。)
患者氏名・性別	様 男性 女性
患者住所	
電話番号	
生年月日	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