

診療情報提供書(デンタルCT指示書)

年 月 日

東海大学医学部附属東京病院

紹介元医療機関

所在地・名称

医師氏名 _____ (印)

撮影予定日 月 日 時頃

電話 _____

FAX _____

東海大学東京病院の受診歴 あり・なし・不明 (ID)

フリガナ		性別	男・女
患者氏名	殿		
生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日 (歳)	職業	
住所		電話	

画像作成範囲：必要部をチェック☑をして下さい。

- インプラント：上下顎
 インプラント：上顎
 インプラント：下顎

咬合位について：チェック☑をして下さい。

- ガーゼを噛む
 ガーゼを噛まない

画像データ形式：

1. 下記CD-ROMにてご提供いたします

■DICOM データのみ（貴院解析データ用<Axデータ>）

スライス厚 1mm スライス間隔 1mm その他（0.5mm 2mm 3mm 5mm）

※当院ではデンタル解析は行っておりません。ご了承ください。

2. 貴院の解析ソフト名がおわかりになる場合は下記にご記入ください。 ()

3. その他特記事項があればお書き下さい。

お問合せ先： 医療連携室 電話03-5333-3066 FAX03-3379-1287

東海大学医学部附属東京病院