

歯科用CT検査予約票

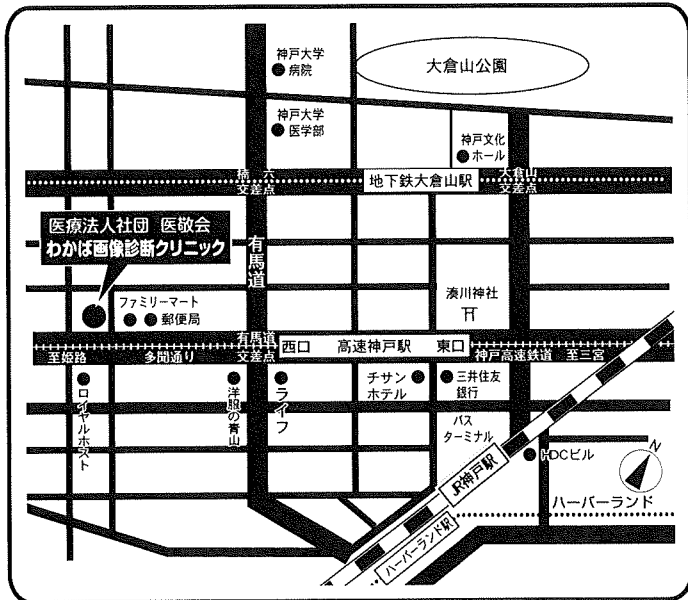
医療法人社団 医敬会
わかば画像診断クリニック 行

年 月 日

紹介患者情報			
フリガナ		性別	
患者氏名		様	男 女
[生年月日]	年 月 日生		
[受診予定日]	年 月 日(曜日)		
	午前・午後	時 分	
[紹介目的]			
<input type="checkbox"/> CT検査	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 尿検査	
<input type="checkbox"/> 骨塩定量検査	<input type="checkbox"/> その他		
[検査部位]			
<input type="checkbox"/> 上顎	<input type="checkbox"/> 下顎	<input type="checkbox"/> 上・下顎	
<input type="checkbox"/> その他 ()			

★患者様へのお願い、ならびにご注意★

- この用紙を持って検査予約時間の15分位前にクリニックの受付までお越し下さい。
(ご都合の悪い場合は、必ず当クリニックまでご連絡下さい。)
- 次に該当する方は、必ず主治医に申し出て下さい。
 - ・現在妊娠している方、あるいは妊娠の可能性のある方。
 - ・その他、気分の悪い方。
- 検査を受ける方は、検査担当者の指示をよく聞いて指示に従って下さい。
その他、ご心配、ご不安な点がございましたら、検査前に主治医、又は検査担当者、看護師へお知らせ下さい。



交通のご案内

神戸高速鉄道・高速神戸駅西口No.4上がってすぐ
JR神戸駅・地下鉄海岸線ハーバーランド駅から西へ徒歩5分

当クリニックは駐車場はございません
お近くのコインパーキングを御利用下さい。

※エレベーター御利用の方は東側入口へおまわり下さい。

医療法人社団 医敬会
わかば画像診断クリニック

〒652-0035 神戸市兵庫区西多聞通2丁目1-20

TEL.078-945-7065

FAX.078-945-7066

診療情報提供書(紹介状)

医療法人社団 医 敬 会

年 月 日

わかば画像診断クリニック 行

紹介患者情報			
フリガナ		性別	
患者氏名	様	男 女	
[生年月日]	年 月 日生		
[受診予定日]	年 月 日(曜日)		
	午前・午後 時 分		
[紹介目的]			
<input type="checkbox"/> CT検査 <input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 尿検査 <input type="checkbox"/> 骨塩定量検査 <input type="checkbox"/> その他			
[検査部位]			
<input type="checkbox"/> 上顎 <input type="checkbox"/> 下顎 <input type="checkbox"/> 上・下顎 <input type="checkbox"/> その他()			
[ステント]			
<input type="checkbox"/> 装着して撮影 <input type="checkbox"/> 無			
[義歯]			
<input type="checkbox"/> 装着したまま撮影 <input type="checkbox"/> 外して撮影			
[データ処理]			
<input type="checkbox"/> フィルム(デンタスキャン) <input type="checkbox"/> CD-R(データのみ) <input type="checkbox"/> Sim-Plant用 <input type="checkbox"/> 10DR用 <input type="checkbox"/> i-cat用 <input type="checkbox"/> ノーベルガイド用 <input type="checkbox"/> その他()			
[病名・主訴]			
[治療経過・病状経過]			
[備 考]			

紹介元
医療機関名 _____

医 師 名 _____

TEL () — _____

FAX () — _____

[インプラント予定部位] [計測] 要 不要

8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8
8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8

検査によっては曜日・時間帯の指定がございますので、お電話でお問い合わせください。

TEL : 078-945-7065
FAX : 078-945-7066

診療情報提供書 (紹介状)

医療法人社団 医 敬 会

年 月 日

わかば画像診断クリニック 行

紹介患者情報			
フリガナ		性別	
患者氏名	様	男 女	紹介元 医療機関名
[生年月日]	年 月 日生		
[受診予定日]	年 月 日 (曜日)		
	午前・午後 時 分		医 師 名
[紹介目的]			TEL () -
<input type="checkbox"/> CT検査	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 尿検査	FAX () -
<input type="checkbox"/> 骨塩定量検査	<input type="checkbox"/> その他		
[検査部位]			[インプラント予定部位] [計測] <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要
<input type="checkbox"/> 上顎	<input type="checkbox"/> 下顎	<input type="checkbox"/> 上・下顎	
<input type="checkbox"/> その他 ()			
[ステント]			
<input type="checkbox"/> 装着して撮影	<input type="checkbox"/> 無		
[義歯]			
<input type="checkbox"/> 装着したまま撮影	<input type="checkbox"/> 外して撮影		
[データ処理]			
<input type="checkbox"/> フィルム(デンタスキャン)	<input type="checkbox"/> CD-R(データのみ)	<input type="checkbox"/> Sim-Plant用	<input type="checkbox"/> 10DR用
<input type="checkbox"/> i-cat用	<input type="checkbox"/> ノーベルガイド用	<input type="checkbox"/> その他 ()	
[病名・主訴]			
[治療経過・病状経過]			
[備 考]			

検査によっては曜日・時間帯の指定がございますので、お電話でお問い合わせください。

TEL : 078-945-7065

FAX : 078-945-7066

診療情報提供書 (紹介状)

医療法人社団 医 敬 会
わかば画像診断クリニック 行

年 月 日

紹介患者情報			
フリガナ		性別	
患者氏名	様	男 女	
[生年月日]	年 月 日生		
[受診予定日]	年 月 日 (曜日)		
	午前・午後 時 分		
[紹介目的]			
<input type="checkbox"/> CT検査	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 尿検査	
<input type="checkbox"/> 骨塩定量検査	<input type="checkbox"/> その他		
[検査部位]			
<input type="checkbox"/> 上顎	<input type="checkbox"/> 下顎	<input type="checkbox"/> 上・下顎	
<input type="checkbox"/> その他 ()			
[ステント]			
<input type="checkbox"/> 装着して撮影	<input type="checkbox"/> 無		
[義歯]			
<input type="checkbox"/> 装着したまま撮影	<input type="checkbox"/> 外して撮影		
[データ処理]			
<input type="checkbox"/> フィルム (デンタスキャン)	<input type="checkbox"/> CD-R (データのみ)	<input type="checkbox"/> Sim-Plant用	<input type="checkbox"/> 10DR用
<input type="checkbox"/> i-cat用	<input type="checkbox"/> ノーベルガイド用	<input type="checkbox"/> その他 ()	
[病名・主訴]			
[治療経過・病状経過]			
[備 考]			

紹介元
医療機関名 _____

医 師 名 _____

TEL () - _____

FAX () - _____

[インプラント予定部位]								[計測]	<input type="checkbox"/> 要	<input type="checkbox"/> 不要					
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

検査によっては曜日・時間帯の指定がございますので、お電話でお問い合わせください。

TEL : 078-945-7065
FAX : 078-945-7066