

撮影依頼書・質問票

ふりがな	男 女	依頼医署名
患者氏名		連絡先(撮影予約日に連絡の取れる場所) 所在地
生年月日 年 月 日()歳		電話番号 FAX番号
予約 年 月 日()時 分		感染症の既往 あり なし(疾患名)
撮影希望部位 上顎のみ 下顎のみ 上下顎		最近6ヶ月間の抜歯 あり なし ありの場合、部位に○をつけてください
CT検査 初 再		<u>87654321 12345678</u> 87654321 12345678
撮影目的		サイナスリフト、骨補填材による治療 あり なし 部位()
		上顎洞根治手術の既往 あり なし
インプラント植立予定部位 ○をつけてください <u>87654321 12345678</u> 87654321 12345678 その他の部位()		その他の顔面部疾患の既往
サージカルガイドの使用 あり なし		その他撮影に関する希望
パノラマ撮影希望 あり なし		
添付 フィルム あり なし パノラマ その他()		
送付先(依頼医連絡先と異なる場合)		