

大阪歯科大学附属病院 中央画像検査室  
画像検査依頼用紙

年 月 日

診察券番号

氏 名 様

生年月日

保	自	そ	支
険	費	の	払
		他	不
			要

医院名

医師名

連絡先 〒( )

tel.

fax.

診療科 日付

予 約  
日 時 年 月 日 :

当院での画像検査: 初めて ・ 再( 年 月頃).

* 検査種目  CT検査 MRI検査 頭部規格撮影検査 その他の画像検査  検査名	* 検査部位 (具体的な部位)	
	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
	・顎関節・上顎洞・上顎骨・下顎骨	
	・その他(部位を記載)	

\* 臨床診断名: \_\_\_\_\_

\* 検査目的: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\* 臨床経過および希望事項: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

歯科用CBCT依頼の際は専用の用紙(別途)をご利用ください。

CD送付 要・不要