

特殊画像検査（インプラント以外）申込書

申込日 平成 年 月 日

九州大学病院  口腔画像診断科宛	依頼医療機関 〒 住所  機関名  (担当歯科医師 TEL/FAX 先生)												
患者氏名	ふりがな  M・T・S・H 年 月 日 ( ) 歳 男・女												
予約日時	年 月 日 AM・PM 時 分												
検査法	○をつけて下さい。 ( ) CT(単純) ( ) CT(造影) ( ) CBCT ( ) MRI ( ) 超音波 ( ) 唾液腺造影 ( ) 咽頭造影	チェック項目  ヨードアレルギー 喘息 HBV, HCV HIV 妊娠 特記事項 (腎機能、アレルギー等)	<table border="1"> <tr><td>+</td><td>-</td></tr> <tr><td>+</td><td>-</td></tr> <tr><td>+</td><td>-</td></tr> <tr><td>+</td><td>-</td></tr> <tr><td>+</td><td>-</td></tr> </table>	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-
+	-												
+	-												
+	-												
+	-												
+	-												
臨床診断名													
検査目的		検査目的部位											
病歴と現症													
特殊画像処理表示の御希望があれば御記入下さい。													

あらかじめ電話にてご予約ください (092-642-6471)。