

# CT / CBCT 連絡票 (兼) 診療情報提供書

令和 年 月 日

紹介先医療機関名

紹介元医療機関所在地：〒

東北大学病院

顎口腔画像診断科 担当医 宛

名称・電話番号：

歯科医師氏名：



予約内容	CT 撮影予約 午前・午後 (受付・撮影前診察がありますので、予約時間が午前中の方は撮影予約の60分前まで、午後の方は40分前までにご来院ください。)	コーンビームCT 月 日 ( ) 時 分
患者氏名・性別 患者住所 電話番号 生年月日	様 男性 女性 年 月 日 ( 歳) 職業	
既往歴および家族歴	心臓ペースメーカー装着 有 無	
紹介目的	CT / コーンビーム CT 撮影依頼	
撮影希望部位	上顎 下顎 上下顎	
インプラント 予定部位		
埋入予定 インプラント	メーカー 製品名	
ステント	あり なし	
添付パノラマ	あり なし	
SimPlant シミュレーション	要 不要	
経過、処置、現在の処方、その他（インプラント目的以外の場合は詳しくご記入ください。）		

※患者さんにお渡しいただき、来院日にお持ちいただきますようご説明ください。

※インプラントの場合は私費での撮影となりますので、約 35,000 円となります。

東北大学病院 地域医療連携センター TEL (022)717-7131  
FAX (022)717-7132