

エックス線撮影依頼書

奥羽大学歯学部附属病院 放射線科 御中

下記のとおりエックス線撮影を依頼いたします。

平成 年 月 日

医療機関名称	
担当医氏名	
住所	〒 -
電話番号	() /FAX ()

(フリガナ) 患者氏名	
生年月日	<input type="checkbox"/> 大・ <input type="checkbox"/> 昭・ <input type="checkbox"/> 平 年 月 日生(歳) <input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女
住所	〒 -
電話番号	()

撮影希望日時	月 日 ()曜日	<input type="checkbox"/> 午前・ <input type="checkbox"/> 午後	時 分
--------	-----------	--	-----

撮影方法(必要なものをチェックしてください)

- 頭部エックス線規格撮影(セファロ)・・・ 正面 ・ 側面
- パノラマエックス線撮影
- エックス線CT・・・撮影部位・目的を詳しく記入してください
- 歯科用小型エックス線CT(3DX)・・・撮影部位・目的を詳しく記入してください
- 希望スライス厚【 0.25mm ・ 0.5mm ・ 1.0mm 】

撮影部位・目的

右上	左上
右下	左下

()

その他(エックス線CT又は3DXの場合は、配達希望日の記入をお願いします。)

()

ご不明な点がございましたら、放射線科までお問い合わせください。
TEL 024-932-9256 / FAX 024-938-9192