

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。

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・ <input type="checkbox"/> 令 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)						
<input type="checkbox"/> 頭部エックス線規格撮影 <input type="checkbox"/> 正面 <input type="checkbox"/> 側面 (セファロ)						
<input type="checkbox"/> パノラマエックス線撮影						
<input type="checkbox"/> エックス線 CT……場影部位・目的を詳しく記入してください <input type="checkbox"/> 撮影に関する説明・同意済み						
<input type="checkbox"/> 歯科用エックス線 CT……場影部位・目的を詳しく記入してください 希望スライス厚【 <input type="checkbox"/> 0. 25 mm ・ <input type="checkbox"/> 0. 5 mm ・ <input type="checkbox"/> 1. 0 mm 】						
撮影部位						
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">右上</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">左上</td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">右下</td> <td style="text-align: center;">左下</td> </tr> </table>	右上	左上			右下	左下
右上	左上					
右下	左下					
()						
その他 (配達希望日など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