

画像検査依頼書

(兼照射録)

依頼先 **デンタルスキャン**

東京都千代田区三崎町2丁目15-4

奥山ビル6F(〒101-0061)

TEL(03)5941-5620 FAX(03)5941-5621

※太枠内のみ記入をお願いします。

(フリガナ) 患者様氏名	男・女	予約日時	年 月 日 午前・午後 時 分
生年月日		依頼元 医院・病院	院名
連絡電話 ()			主治医
住所			連絡電話 ()

【病名】(必ず記入して下さい)

【検査目的】(必ず記入して下さい)

【画像検査法】

- CBCT デジタルパノラマ

【撮影部位】(必ず記入して下さい)

- 歯または歯槽骨、顎骨 上顎洞 顎関節 その他:

8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8

該当部位を○で囲んでください

8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8

【ステントの有無】 有り 無し

【料金支払い方法】 患者様が支払い 歯科医院が支払い
(必ず記入して下さい)

【報告するデータ】 One Data-Volume Viewer DICOM Data
(必ず記入して下さい)

- 印刷(別料金)
 読影診断報告書(別料金)

照射条件 (デンタルスキャン記入欄)	検査法: CBCT・パノラマ	撮影者
	スキャン数:	
	撮影条件: kV mA sec	

検査予約書 (患者様用)

依頼先 デンタルスキャン
東京都千代田区三崎町2丁目15-4

奥山ビル6F(〒101-0061)

※予約時刻の10分前には御来院下さい。

TEL(03)5941-5620 FAX(03)5941-5621

(フリガナ) 患者様氏名	男・女	予約日時	年 月 日 午前・午後 時 分
生年月日		依頼元 医院・病院	院名
連絡電話 ()			主治医
住所			連絡電話 ()

デンタルスキャン案内図



【JR 総武線】水道橋駅西口より徒歩2分

【地下鉄三田線】水道橋駅(A2出口)より徒歩10分

奥山ビル1Fの不動産メインテックの角を曲がると入口です。