

歯科CT検査依頼票(診療情報提供書)

つるまライラッククリニック

〒242-0004

大和市鶴間2-11-29第2大和クリニックモール1F

☎046-204-5551

FAX046-204-5586

ID		予約日	年	月	日	曜日
フリガナ		予約時間	午前	時	分	
氏名	男・女		午後			
生年月日	M・T S・H	年	月	日	歳	
連絡先	昼間 ()	自・勤				
	夜間 ()	自・勤				
住所	カルテと同					

※上記検査予約時間の10分前に御来院ください

指示医師名

CT

撮影部位	臨床診断						
<p>パノラマ Cross Cut</p> <table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">右側</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">左側</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">8 7 6 5 4 3 2 1</td> <td style="text-align: center;">1 2 3 4 5 6 7 8</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">8 7 6 5 4 3 2 1</td> <td style="text-align: center;">1 2 3 4 5 6 7 8</td> </tr> </table>	右側	左側	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	<p>検査部位、臨床経過および検査目的（具体的に）</p> <p>撮影部位、撮影方法などについて、特別な指示があれば以下に記載ください</p>
右側	左側						
8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8						
8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8						
顎関節 右 左 両側							
顔骨 副鼻腔 上顎骨 下顎骨							
頸部 顎下腺（鎖骨上～下顎下縁）							
CT造影の有無 無 有	放射線科医の読影書 無 有						

血清クレアチニン値

mg/dl

（目安：3か月以内）クレアチニン値2.0以上の方は造影不可となります。透析治療中の方はお電話ください

喘息(小児喘息、既往歴のある方含む)	無・有	腎機能障害	無・有
造影剤のアレルギーの既往	無・有	甲状腺機能障害	無・有
造影剤以外のアレルギー	無・有	妊娠の可能性	無・有