

診療情報提供書

(→旭中央病院放射線科) 令和 年 月 日

旭中央病院放射線科 磯貝 純 先生机下

_____ 歯科医院 医師名 _____ (印)

患者 _____ 殿 (歳 男・女)

時下、益々ご清栄のこととお慶び申し上げます。次の通りご紹介申し上げます。

主訴 or 診断名 _____

経過・症状など

目的 デンタルCT撮影 その他
部位 87654321 | 12345678
87654321 | 12345678

歯 : 破折, 根尖病巣など

顎骨: 下顎管, 上顎洞など

既往歴 高血圧 糖尿病 心臓病

アレルギー 歯科恐怖症

感染症 ()

【撮影範囲の目安】

ヨコ タテ (cm)

4 × 4 歯牙 2~3 本

6 × 6 歯牙 3~4 本

10 × 5 上顎 or 下顎歯列

10 × 10 上下顎歯列

(=歯列弓全体)

14 × 10 上顎~下顎

17 × 12 最大

(家族歴・検査所見・治療経過・現在の処方等について)