特殊画像検査（インプラント以外）申込書

申込日　令和　　年　　月　　日

九州大学病院 口腔画像診断科宛	依頼医療機関 〒 住所 機関名 （担当歯科医師　　先生） TEL/FAX

患者氏名	ふりがな M・T・S・H・R　　年　　月　　日　（　　）歳　男・女
予約日時	年　　月　　日　　AM・PM　　時　　分

検査法	○をつけて下さい。 （　　）CT (単純) （　　）CT (造影) （　　）CBCT （　　）MRI （　　）超音波 （　　）唾液腺造影 （　　）咽頭造影	チェック項目 ヨードアレルギー　＋　－ 喘息　＋　－ HBV, HCV　＋　－ HIV　＋　－ 妊娠　＋　－ 特記事項 （腎機能、アレルギー等）

臨床診断名	
検査目的	検査目的部位
病歴と現症	
特殊画像処理表示の御希望があれば御記入下さい。	

あらかじめ電話にてご予約ください (092-642-6471)。