

# 診療情報提供書（紹介状）

平成 年 月 日

医療法人 康雄会 西病院 行

（紹介元医療機関用）

## 患者様情報

ふりがな 氏名		性別 男 女	
生年月日 M・T・S・H 年 月 日			
検査予定日	平成 年 月 日 曜日 午前・午後 時 分		
検査部位 C T 検査 上顎 下顎 上下顎 その他（ ）			
ステント 装着して撮影 外して撮影		義歯 装着して撮影 外して撮影	
データ処理方法 フィルム（アキシャル・パノレックスビュー・パラアキシャル） CD-R（撮影アキシャルデータのみ） 10DR 横河マテリアライズ アイキャット その他（ ）			
インプラント術予定部位 上歯 （右） 8 7 6 5 4 3 2 1   1 2 3 4 5 6 7 8 （左） 下歯 （右） 8 7 6 5 4 3 2 1   1 2 3 4 5 6 7 8 （左） 計測 要 不要			
検査目的 既往歴 手術歴 備考			
紹介元医療機関名			
医師名		Tel ( ) - Fax ( ) -	

医療法人 康雄会 西病院

（放射線科直通 ・ Fax）050-7105-8667