**【歯科用CT 撮影依頼用紙】**

東京医科大学病院　歯科口腔外科・矯正歯科　御中

〒160-0023　東京都新宿区西新宿６-７-１

TEL：03-3342-6111（代表）

依頼日：西暦\_\_\_\_\_\_年＿＿月＿＿日

ふりがな

患者名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

生年月日：西暦\_\_\_\_\_\_年＿＿月＿＿日

住所：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

**撮影部位**：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

**撮影目的**：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ご依頼元医療機関名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

住所：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

依頼医師氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

お渡し方法は患者持ち帰りとさせていただきます。

上記項目をご記入のうえ、当科への紹介状とともに依頼用紙を同封し患者さんにお渡し下さい。

なお、パノラマX線写真などがありましたら、患者さんにコピーをお渡し下さい。

撮影のみで、読影報告は行っておりません。

**受付時間**：

平日 8:30-16:00

撮影料：自費（\10,000 + 消費税）