

紹介状 (診療情報提供書)

(医療機関名) 医療法人 社団 如水会 今村病院
(担当医) 放射線科

依頼担当医

印

いつもお世話になっております。下記の患者を御紹介させていただきます。御高診のほど
よろしくお願い申し上げます。

(患者名) (性別) (年齢) 歳

(傷病名)

(紹介目的)

撮影方法

1. 撮影部歯式 (隣在歯も含む)



2. ステント
上縁、下縁

- ☐ 有 ☐ 無 有の場合は装着して撮影
☐ 上顎洞底、鼻腔底より約10mm上、上顎歯槽頂より10mm下
☐ 下顎歯槽骨頂より約10mm上、下顎骨下縁より約10mm下
☐ その他 ()

3. 水平的設定面

- ☐ 咬合平面 ☐ 下顎下縁 ☐ その他 ()

4. 頬舌的設定面

- ☐ 歯列弓に垂直 ☐ その他 ()

5. スライス幅

- ☐ 1 mm ☐ その他 (mm)

6. 拡大率

- ☐ 1 倍 ☐ その他 (倍)

7. 読影 (放射線科医)

- ☐ 有 ☐ 無

以上よろしくお願いいたします。