

紹介状（診療情報提供書）

大阪大学歯学部附属病院

平成 年 月 日

歯科放射線科 担当医 殿

紹介元の医療機関の所在地及び名称

担当医師名

フリガナ		男・女	明治・大正・昭和・平成	職業
患者氏名			年 月 日 生れ	

傷病名	MT／右側・左側顎関節症／不正咬合／その他（ ）
紹介目的	1. 上顎・下顎・上下顎のデンタルインプラント埋入のための術前CT検査
	2. 右側・左側 顎関節部のMRI検査
	3. 側方・正面セファロ検査
	4. 『病名 』を疑うためのCT・MRI画像検査
	5. その他（ ）

お願い等

紹介状の封筒にも、必ず『歯科放射線科 担当医 殿』と書いて下さい。

CT検査は、火曜日以外の毎日受付けております。

MRI検査およびその他の画像検査は、毎日受付けております。

医局員の出張等で検査枠がクローズになることもありますので、事前にお電話にて

ご確認いただければ幸いです。歯放外来：06-6879-2363 医局：06-6879-2967

お電話は、先生からでも患者様からでも結構です。

患者様には、10時までに歯学部附属病院に到着されるようお伝え下さい。

なお、受付開始は8時30分です。