

수탁검사의뢰서

(구강악안면 방사선과 제출용)



서울대학교치과병원
SEOUL NATIONAL UNIVERSITY DENTAL HOSPITAL

수진자 이름 : 나이 : 성별 : 남 여 의뢰일자 : 년 월 일

의뢰의사 : 의료기관 이름 : 전화 :

임상진단 및 진료소견

영상출력매체 CD 방사선필름

특수검사 (예약 필요) CT Implant CT (Mx) : Stent (유 / 무)
 Implant CT (Mn) : Stent (유 / 무)
 Regional Multiplanar CT (Mx)
 Regional Multiplanar CT (Mn)
 3D Dental CT
 3D Facial CT

Ultrasonography Parotid Gland : Lt [] Rt []
 Submandibular Gland : Lt [] Rt []
 Neck
 Others _____

Sialography Parotid Gland : Lt [] Rt []
 Submandibular Gland : Lt [] Rt []

일반검사 (예약 불필요) Standard Panoramic Radiography TMJ Panoramic Radiography
 Cephalography Lateral (CO position) TMJ Transcranial Projection
 Cephalography PA Others _____

1. 수진자께서 구강악안면방사선과로 바로 오시면 검사 절차를 안내하여 드립니다.
2. 특수검사를 의뢰하실 경우, 방문하시기 전에 전화를 주시면 예약일시를 잡으실 수 있습니다.

