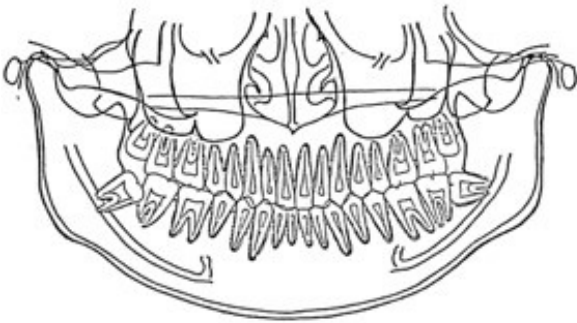


歯科用コーンビームCT撮影依頼書

Pt.-ID		読影医		撮影者	
--------	--	-----	--	-----	--

(上記は、当院で記入いたします。)

歯科用コーンビームCT撮影をご依頼の先生は下記の太枠内をご記入ください。

歯科医院名				歯科医師名																																	
撮影日	西暦	年	月	日 ()	予約時間																																
住所(送付先)																																					
Tel. ()																																					
患者情報	生年月日: 西暦	年	月	日	撮影目的 (印をつけてください)																																
	フリガナ:				インプラント処置																																
					埋伏歯処置																																
	留意点等:				歯内療法																																
男 ・ 女																																					
その他()																																					
当該患者さんのパノラマX線画像がありましたら、持参させてください。																																					
もしパノラマ画像がなく、保険診療での歯科用コーンビームCT撮影の際は、当院でパノラマ撮影させて頂くこともあります。																																					
保険診療の場合(必須): 部位			病名																																		
撮影部位 : 撮影部位および歯式を囲ってください。																																					
																																					
<table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">8</td><td style="padding: 0 5px;">7</td><td style="padding: 0 5px;">6</td><td style="padding: 0 5px;">5</td><td style="padding: 0 5px;">4</td><td style="padding: 0 5px;">3</td><td style="padding: 0 5px;">2</td><td style="padding: 0 5px;">1</td> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">1</td><td style="padding: 0 5px;">2</td><td style="padding: 0 5px;">3</td><td style="padding: 0 5px;">4</td><td style="padding: 0 5px;">5</td><td style="padding: 0 5px;">6</td><td style="padding: 0 5px;">7</td><td style="padding: 0 5px;">8</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">8</td><td style="padding: 0 5px;">7</td><td style="padding: 0 5px;">6</td><td style="padding: 0 5px;">5</td><td style="padding: 0 5px;">4</td><td style="padding: 0 5px;">3</td><td style="padding: 0 5px;">2</td><td style="padding: 0 5px;">1</td> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">1</td><td style="padding: 0 5px;">2</td><td style="padding: 0 5px;">3</td><td style="padding: 0 5px;">4</td><td style="padding: 0 5px;">5</td><td style="padding: 0 5px;">6</td><td style="padding: 0 5px;">7</td><td style="padding: 0 5px;">8</td> </tr> </table>						8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8																						
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8																						
要 必要部位 : 上顎洞(下部) 下顎管 その他()																																					
ステント 有 ・ 無																																					
撮影依頼時の希望事項 (記入例: シムプラントで用います。)等																																					
出力形式 : One Volume Viewer																																					
3D Viewer付き。それを起動すれば、ご自身のPCで閲覧できます。			送付媒体 : CD-ROM		送付方法 : 宅急便(着払い)																																

DICOM形式データが別途必要な方は、希望事項にご記入ください。

大阪歯科大学附属病院 中央画像検査室 〒540-0018 大阪市中央区大手前1-5-17

Tel. 06-6910-1074 , Fax. 06-6910-1075