

CT検査依頼書／質問票

東京歯科大学千葉歯科医療センター

フリガナ	
患者氏名	
性別	男・女
生年月日	年 月 日(歳)

歯科医院名	
住所	〒 —
電話番号	
FAX番号	
依頼医署名	
記入年月日	年 月 日

感染症	<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()
アレルギー	<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()
妊娠の可能性	<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有

検査目的	<input type="checkbox"/> Implant植立 <input type="checkbox"/> その他()
検査部位	<input type="checkbox"/> 上顎のみ <input type="checkbox"/> 下顎のみ <input type="checkbox"/> 上下顎 <input type="checkbox"/> その他()
必要な画像 (<input checked="" type="checkbox"/> 全検査出力)	<input checked="" type="checkbox"/> アキシャル像 <input type="checkbox"/> デンタルCT像(パラアキシャル像) <input type="checkbox"/> パノラマ像 <input type="checkbox"/> MPR像(コロナル像、サジタル像) <input type="checkbox"/> SSD像 <input type="checkbox"/> その他()

※検査部位がImplant植立の場合にご記入ください

植立予定部位	<table style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black;">8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td> <td style="border-right: 1px solid black;">1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black;">8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td> <td style="border-right: 1px solid black;">1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>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																		
ステント	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有																																
撮影に関する特別な指示*	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()																																
CT以外の撮影*	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()																																

※検査部位がその他の場合にご記入ください

臨床診断名	
既往歴	
撮影に関する特別な指示*	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()
備考	

*撮影に関する特別な指示がある場合には、オプション撮影となります。
CT以外の撮影(パノラマ・セファロ等)、Simplantファイルの提供は別料金になります