



歯科用コーンビームCT撮影依頼の手引き

口腔インプラント科では、平成22年7月1日より歯科用コーンビームCT撮影のご依頼をお受けすることができるようになりました。

安全・安心のインプラント治療のために是非、歯科用コーンビームCTをご活用ください。



東京歯科大学千葉病院
TOKYO DENTAL COLLEGE CHIBA HOSPITAL

口腔インプラント科 ☎043-270-3653

〒261-8502
千葉県千葉市美浜区真砂1-2-2

平成22年7月1日

歯科用コーンビームCT撮影のご案内
～インプラントの術前検査に必要な場合、ご利用ください。～

お電話での予約をお願いします。

☎043-270-3653（口腔インプラント科受付）

・コーンビームCTの撮影依頼

受付時間： 月～金 AM 9:30～11:30 PM 13:30～16:30

土 AM 9:30～11:30

※日・祝祭日・第2土曜日は休診となります。

※撮影費用は直接お問い合わせ下さい。

予約なしで来院された場合は、当日はお約束のみとなります。

～検査の流れ～

- ・記入例に従い**歯科用コーンビームCT撮影依頼書**を作成してください。
 - ・**診断用ステント**を事前に製作して下さい。
- ※上記を当日必ず持参するよう、患者様にお伝えください。

シミュレーションソフトをお使いでない場合

- ・**歯科用コーンビームCT撮影依頼書**に**画像スライス時の基準**を必ずご記入ください。
- ※指示がない場合、撮影できないことがあります。

データの送付

撮影結果は**CD-Rで着払いにて送付いたします。**

（※フィルムでのお渡しは受け付けておりません。）

発送日：検査日から1週間以内

データの形式について

- ・SIM/Plant, i-Viewをお使いの場合 → 各ソフトに準拠した形式
- ・その他のシミュレーションソフトをお使いの場合 → DICOMデータ

※データの加工（アーチファクトの除去など）はご紹介元で行っていただきます。

シミュレーションソフトをお使いでない場合

- ・撮影結果は、データではなく**画像**となります。
- ※再度のスライスや距離計測は行えません。

データの保存期間について

- ・検査日より1年間、データの保存をいたします。

東京歯科大学口腔インプラント科 所有機材

- ・モリタ製作所製 3DX 【FPD8】 平成21年4月導入
- デフォルト設定 撮影領域 $\phi 40 \times H40\text{mm}$ ：ボクセルサイズ 80 μm
- 撮影領域 $\phi 60 \times H60\text{mm}$ ：ボクセルサイズ 125 μm
- 撮影領域 $\phi 80 \times H80\text{mm}$ ：ボクセルサイズ 160 μm

画像管理ソフト・シミュレーションソフトのご紹介

- ・モリタ製作所製 i-View <http://www.imorita-mfg.co.jp/>
- ・マテリアライズ・デンタル・ジャパン社製 SIM/Plant <http://www.simplant.jp/release/>

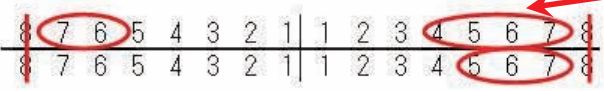
(記 入 例)

～歯科用コーンビームCT撮影依頼書～

平成 年 月 日

医療機関名	担当医氏名
ご連絡先	〒 ご紹介元についてご記入ください。 TEL - -

ふりがな	TEL - -
患者氏名	患者様についてご記入ください。
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日生 (歳) 性別 男・女
患者住所	

撮影部位	
------	---

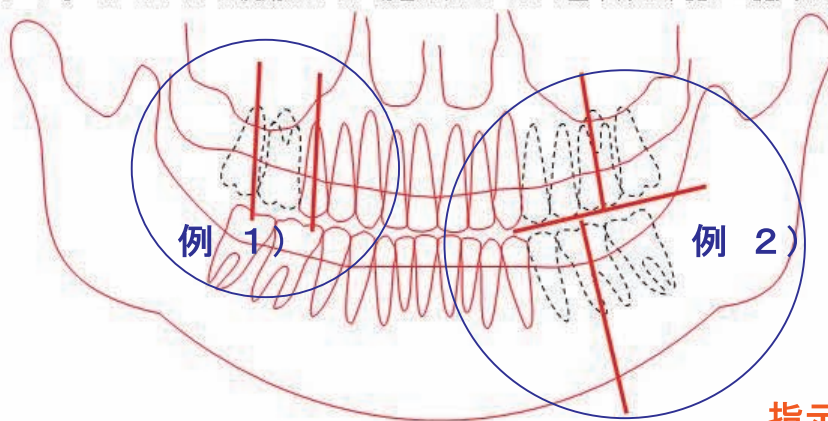
撮影希望部位を囲ってください。

使用予定インプラントを囲ってください。

使用予定インプラント	: <u>straumann</u> ・branemark・3i・Ankylos・Platon・POI Astra・その他()
シミュレーションソフトの名称	: Sim/Plant・i-View・その他()・ <u>無し</u>

お使いのシミュレーションソフトを囲ってください。
‘無し’の場合、下記の指示欄へご記入をお願いします。

※シミュレーションソフトを使用されない場合は、スライスの基準線を下記にご記入ください。



指示欄

・既往歴
例) 平成18年 血液検査にてHBV(+)

指示欄のご記入方法:

- ・残存歯を実線で記入して下さい。
治療中の歯・抜歯予定の歯 などがある場合、記入して下さい。
- ・画像のスライス方向を指示して下さい。
例 1)隣在歯 歯軸と平行
例 2)咬合平面に直行 など

※この指示がない場合、画像のスライスが行えないこともありますのでご注意ください。

コピーして使用してください。

～歯科用コーンビームCT撮影依頼書～

平成 年 月 日

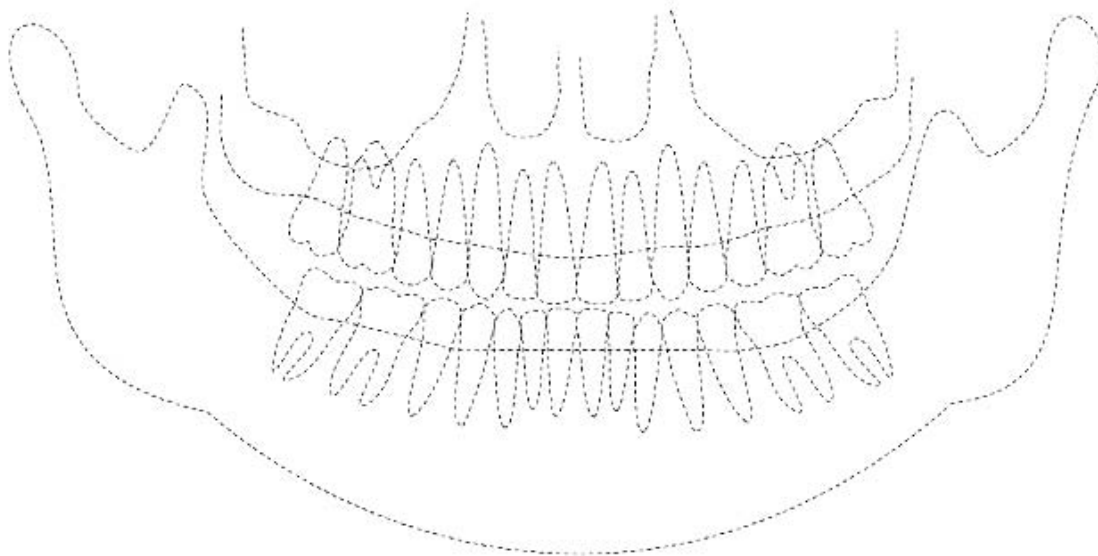
医療機関名		担当医氏名	
ご連絡先	〒 TEL — —		

ふりがな			TEL — —	
患者氏名				
生年月日	大正・昭和・平成	年 月 日生 (歳)	性別	男・女
患者住所				

撮影部位	<table><tr><td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td><td> </td><td>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>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td><td> </td><td>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																																		

使用予定インプラント: straumann・Brånemark・3i・Ankylos・Platon・POI
Astra・その他()
シミュレーションソフトの名称: Sim/Plant・i-View・その他()・無し

※シミュレーションソフトを使用されない場合は、スライスの基準線を下記にご記入ください。



・ 既往歴