

## CT撮影指示書（インプラント用）

ふりがな	依頼医署名：
氏名 <span style="float: right;">男・女</span>	歯科医院名：
生年月日 年 月 日 ( 歳)	住所：
CT撮影予約日 年 月 日 ( ) 午前・午後 時 分	電話番号： Fax 番号：
撮影部位： 上 顎 ・ 下 顎 ・ 上下顎  ・報告書の希望 ( 有 ・ 無 ) ・ステントの使用 ( 有 ・ 無 )	患者既往歴 感染症：有 ( ) ・ 無 上顎洞手術の既往： 有 ( 年前) ・ 無 最近六ヶ月の抜歯： 有 ・ 無  有りの場合、その部位を○で囲って下さい  EDCBAABCDE 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 EDCBAABCDE
撮影に対する指示および画像処理	画像データ： 送付希望日時： 月 日 送付先：
インプラント予定部位：○で囲って下さい  EDCBAABCDE 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 EDCBAABCDE	休診日緊急連絡先
パントモの撮影希望 ( 有 ・ 無 )：別料金	

連絡先：東京歯科大学水道橋病院放射線科（電話&Fax：03-5275-1953）