ＣＴ撮影指示書（問診票）

①デンタルＣＴ（インプラント）用

ふりがな	依頼医署名：
氏　　名　　男・女 生年月日　　年　　月　　日　（　　歳）	連絡先：
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 ・　上下顎の場合 ａ，同一撮影位で連続撮影 ｂ，上下顎それぞれ歯槽骨の水平断が得られるように撮影位を設定し撮影	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 ８７６５４３２１｜１２３４５６７８ ８７６５４３２１｜１２３４５６７８ ＥＤＣＢＡＡＢＣＤＥ
撮影に対する指示および画像処理 ・報告書の希望　（　有　・　無　） ・ステントの使用（　有　・　無　）	
インプラント予定部位：○で囲って下さい ＥＤＣＢＡＡＢＣＤＥ ８７６５４３２１｜１２３４５６７８ ８７６５４３２１｜１２３４５６７８ ＥＤＣＢＡＡＢＣＤＥ	CDR の引渡方法： ①　患者引渡 ②　送付希望（送付希望日時：　　月　　日） 送付先：
パントモの撮影希望（ 有 ・ 無 ）：別料金	

②顎関節症等のその他疾患用（共通項目は上記に記入下さい）

顎関節症 ａ希望画像処理（当該する画像処理を○で囲って下さい） 冠状断層像・矢状断層像・三次元表示 ｂその他、撮影方法や画像処理の希望があればお書き下さい
その他、疾患 撮影部位： ・その他、具体的な撮影部位 ａ希望画像処理（当該する画像処理を○で囲って下さい） 冠状断層像・矢状断層像・三次元表示 ｂその他、撮影方法や画像処理の希望があればお書き下さい

術前スクリーニング血液検査　（　要　・　不　要　）

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