

CT撮影検査依頼書

(兼照射録)

撮影可能時間：(月)、(火)、(金)、(土)9:30~13:00、14:00~18:00 (水) 9:30~13:00、14:00~17:00

依頼先 さくま歯科

住所：〒180-0004

東京都武蔵野市吉祥寺本町 4-25-7-2F

TEL・FAX：0422-20-8447

依頼元 医院・病院	歯科医院名	貴院の予約日 (CT 必要日)	年 月 日 AM・PM 時 分
	主治医	フリガナ	男・女
	歯科医院電話	患者氏名	
	歯科医院住所	生年月日	年 月 日
		患者電話番号	

<p>【検査目的】 <input type="checkbox"/>インプラント埋入術前診査 <input type="checkbox"/>埋伏歯</p> <p><input type="checkbox"/>その他 ()</p>				
<p>【検査部位】</p> <p>※○をつけてください</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; text-align: center;">8 7 6 5 4 3 2 1</td> <td style="text-align: center;">1 2 3 4 5 6 7 8</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; text-align: center;">8 7 6 5 4 3 2 1</td> <td style="text-align: center;">1 2 3 4 5 6 7 8</td> </tr> </table> <p><input type="checkbox"/>上顎洞 <input type="checkbox"/>顎関節 (左・右)</p>	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			
<p>【備考】</p> <p>ご希望のデータの種類の種類にチェックしてください</p> <p><input type="checkbox"/>One Volume Viewer にて (モリタのソフトを添付します)</p> <p><input type="checkbox"/>DICOM にて (DICOM Viewer が必要となります)</p>				
<p>【お渡し方法】 下記の項目からお選び下さい</p> <p><input type="checkbox"/>郵送(メール便にて。お届けまで3・4日かかります)</p> <p><input type="checkbox"/>患者様にお渡し</p> <p><input type="checkbox"/>その他</p>				

<p>照射録 (当院記載)</p> <p>カルテ番号：</p> <p>検査日： 年 月 日</p> <p>担当医：</p>
--