

歯科インプラントCT検査依頼票

貴医療機関名

電話番号

担当医（フルネーム）

㊞

検査予約日時 平成 年 月 日 時 分

（検査当日は30分前までにご来院ください）

フリガナ		性別	生年月日	T・S・H	年	月	日	歳
患者氏名								
患者住所	〒 -		電話	(自宅)				
				(携帯)				

1. 撮影部位をチェックしてください 上顎・下顎・上下顎

2. インプラント埋入位置をチェックしてください

	右側								左側							
上顎	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
下顎	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

3. 計測 なし（撮影のみ）

各種メーカー推奨の撮影条件がある場合は、下記にご記入ください

システム名（ ）撮影条件（ ）

DICOM形式のデータをCDでお渡し致します

計測 あり

ステント使用 ステントなし

埋入部位における歯列に平行な断面と歯列に直交する断面の画像を提供いたします
ステントをご使用の場合は、ガイドチューブを指標に長さ、幅の計測を行います
ステントがない場合は、埋入が想定されるおおよその部位で計測します

4. 画像出力方法

CD フィルム

岡山画像診断センターではフィルムレス化をすすめ環境保護に努めています
可能な限り、CDのみの出力をお願い致します

5. 撮影方法、画像出力方法に関するご質問やご要望がありましたら、下記にご記入ください