CT検査依頼書・照射録

保	自	gell	□ 22,000円(税込) □ 12,870円(税込) □ 他(　　)	無	order					検査後の誘導				
					第1	第2	矯正	病棟	院外	第1	第2	矯正	病棟	会計

I　D		依 頼 医	
フリガナ		医療機関名	
氏　名			
生年月日	生	検査依頼日	
年齢・性別	歳　　男・女	検 査 日	年　月　日　時　分

検査部位(具体的に記入して下さい)

R	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	L
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	

撮影範囲

□ 上顎のみ　　□ 下顎のみ　　□ 上顎及び下顎

撮影目的

□ (　　番) 歯牙と下顎管の位置関係
□ (　　番) 歯牙とのう胞の関係
□ (　　番) 歯牙と上顎洞の位置関係
□ 上顎洞炎の確認
□ (　　番) 埋伏歯・過剰歯の位置関係
□ 唾石の有無及び位置関係
□ 顎変形症の術前CT
□ 顎変形症の術後CT(術後　　)
□ ｲﾝﾌﾟﾗﾝﾄ植立の為(ステント　あり ・ なし)
□ インプラント植立(サージカルガイド使用)
□ 骨折部位の形状方向確認
□ 3DCT (過剰歯 ・ 骨折など)
□ CD-ROM希望(DICOM Dataのみ ・ 簡易ビューワのみ ・ 両方希望)

その他具体的に撮影方向などの指示または特記事項など

撮影条件	Kv　　mA　　sec	撮影回数	
撮影範囲		撮影者	

※予約電話(096-343-0377)後、必ずFAX(0120-548-633)して下さい。

医療法人伊東会 伊東歯科口腔病院