

CT撮影依頼票

浜瀬歯科

① 貴院カルテ番号 _____

フリガナ

氏 名 _____

生年月日 _____ 性別 男・女 _____

電話番号 _____ 携帯・自宅・勤務先
(日中連絡がとれる電話番号 なるべく携帯番号をお願いします)

住所 〒 _____

② 依頼元医療機関名
(依頼元所在地)

ゴム印を押してください

電話番号 _____

ご担当医師名 _____

③ 来院希望日時

① 月 日 / 午前・午後 時 分 来院

② 月 日 / 午前・午後 時 分 来院

例) 10月10日 / **午前**・午後 10時30分 来院

④ 撮影部位・インプラント埋入予定位置

- ・撮影部位(上顎・下顎)に○をお付け下さい。*両顎の場合は上顎と下顎の両方に○をお付け下さい。
- ・インプラント埋入予定位置には○印で金属(治療歯)には△印で、数字を囲んで下さい。(必須)
- ・撮影時にステントを用いる場合は、数字に×印をお付け下さい。

○印		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 2	1 2 3 4 5 6 7 9

画像出力媒体は3DビューアとともにCDでのお渡しとなります。
DICOMデータとしてお渡しすることも可能ですので、変更をご希望の場合は下記にご記入願います。

⑤ 撮影方法、出力方法に関するご指示や留意点がございましたら、下記にご記入願います。

(当クリニック記入欄)

医師名 _____

予約TEL⇒ 0598-21-0624 依頼票FAX⇒ 0598-21-0624

浜瀬歯科