

## CT 撮影依頼書

平成      年      月      日

患者氏名	ふりがな			性 別	男・女
	氏 名				
	生年月日	明・大・昭・平	年 月 日	年 齡	歳
	現 住 所				
	電話番号	(      )			

紹介医療機関	医療機関名				
	歯科医師名	休 診 日			
	医療機関住所	〒      -      _____			
	電話番号	(      )		緊急連絡先	(      )

撮影目的	<input type="checkbox"/> インプラント（術前・術後） <input type="checkbox"/> 歯内処置 <input type="checkbox"/> 歯周処置 <input type="checkbox"/> 埋伏歯処置 <input type="checkbox"/> 顎関節処置 <input type="checkbox"/> 矯正処置 <input type="checkbox"/> その他（      ）				
撮影部位	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	<input type="checkbox"/> ステント有り <input type="checkbox"/> 顎関節（左・右・両側）		
	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	<input type="checkbox"/> その他（      ）		
撮影データ	<input type="checkbox"/> CDR	<input type="checkbox"/> USB	<input type="checkbox"/> その他（      ）		
	希望スライス幅	mm	（希望無しの場合 0. 17 mm ）		

（医）尽誠会 新栄町歯科医院    TEL    0254（43）6480  
 FAX    0254（43）6481