

# CT検査依頼書・照射録

保	自	gell	<input type="checkbox"/> 20,000 + Tax <input type="checkbox"/> 11,700 + Tax <input type="checkbox"/> 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				検 査 依 頼 日													
生年月日	生			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 <input type="checkbox"/> 上顎のみ <input type="checkbox"/> 下顎のみ <input type="checkbox"/> 上顎及び下顎																	
撮影目的 <input type="checkbox"/> (          番) 歯牙と下顎管の位置関係 <input type="checkbox"/> (          番) 歯牙とのう胞の関係 <input type="checkbox"/> (          番) 歯牙と上顎洞の位置関係 <input type="checkbox"/> 上顎洞炎の確認 <input type="checkbox"/> (          番) 埋伏歯・過剰歯の位置関係 <input type="checkbox"/> 唾石の有無及び位置関係 <input type="checkbox"/> 顎変形症の術前CT <input type="checkbox"/> 顎変形症の術後CT(術後                      ) <input type="checkbox"/> インプラント植立の為(ステント    あり ・    なし) <input type="checkbox"/> インプラント植立(サージカルガイド使用) <input type="checkbox"/> 骨折部位の形状方向確認 <input type="checkbox"/> 3DCT(過剰歯・骨折など) <input type="checkbox"/> 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