

① 貴院カルテ番号 フリガナ 氏名 _____ 生年月日 M・T・S・H 年 月 日 性別 男 ・ 女	撮影依頼票 インプラント術前用CT撮影 友隣会メディカルケアクリニック 放射線科
	② 依頼元医療機関名 TEL 診療科 歯科・口腔外科 ご担当医師名
	検査予定日時 月 日 曜日 AM PM 時 分

③ 撮影部位、インプラント埋入予定位置

(1)撮影部位(上顎、下顎)に○をお付けください。 ※両顎の場合は両方に○をお付けください。
 (2)インプラント埋入予定位置には○印を、金属(治療歯)には△印で数字を囲んでください。
 (3)撮影時にステントを用いる場合は×印をお付けください。
 (4)抜歯済の位置に✓印をお願いします。

○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	1	1	2	3	4	5	6	7	8

④ 画像出力媒体、画像処理、送付先

○印	指示欄
	従来どおり
	今回のみ以下に変更
	今後は以下に変更

⑤ 変更内容

○印	画像出力方法	指示欄	クロスカット像のスライス間隔
	フィルム	クロスカット像の作成	1 mm・2 mm
	CD-R		1 mm・2 mm
	iCAT	iCAT用として処理します	クロスカット像はなし
	その他		

⑥ 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、下記にご記入をお願いします。

⑦ 料金のお支払い方法を○で囲んでください。

当院から貴院へご請求
 患者様が当院窓口でお支払い

予約TEL⇒072-844-5181 友隣会メディカルケアクリニック 放射線科
 ※検査当日は予約時間の約10分前に受付に来院してください。