

インプラント用 CT 検査申込書 (FAX 0267-81-1114)

TEL 0267-82-3131 (代) 内線 455

ふりがな 患者氏名	_____	M・T 生年月日 S・H	_____	年	_____	月	_____	日	才(男・女)	_____
住 所	_____	TEL	_____	(_____)	_____	_____	_____	_____

1. 撮影部位 *いずれかに○をつけて下さい (上顎 ・ 下顎 ・ 両顎)

2. インプラント埋入予定位置 *埋入予定位置には○を、また口腔内に存在する金属
(治療歯など) には△をお付けください。

	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

3. ステントの有無 *撮影ステントを用いる場合有に○をつけて下さい (有 ・ 無)
ステントの装着は貴院にて、または患者様ご自身にてお願い致します。

4. 画像出力 *画像は CD-R で出力されます。出力形式をどちらか○で囲んで下さい。
(**D I C O M** ・ J P E G)

※オプションとしてフィルム出力をご希望の場合は○で囲んで下さい。

2mm 間隔で各 2 枚程度で別料金になります。(Axial ・ Coronal ・ Sagittal ・ 歯槽断)

5. 画像診断ソフト *いずれかに○をつけて下さい

(アイキャット ・ アイジーエス ・ 10DRJAPAN ・ ノーベルバイオケアジャパン ・ マテリアライズデンタルジャパン ・ その他)

6. 撮影に際してのご希望、その他の留意点などがございましたらご記入下さい

7. 妊娠の可能性 * (女性の方のみ) いずれかに○をつけて下さい (有 ・ 無 ・ 不明)

8. お支払い方法を○で囲んで下さい (患者様が窓口でお支払い ・ 当院から貴院へご請求)

9. CD の郵送先 *いずれかに○をつけて下さい

(**貴院** ・ アイキャット ・ 10DRJAPAN ・ マテリアライズデンタルジャパン)

10. 希望検査日 年 月 日

紹介元施設名	_____	TEL	_____
医師氏名	_____	FAX	_____