

一般撮影・CT・CBCT 検査依頼書

東京歯科大学千葉歯科医療センター

フリガナ	
患者氏名	
性別	男 ・ 女 ・ 無回答
生年月日	年 月 日

齒科医院名	
住所	〒 ー
電話番号	
依頼医署名	
記入年月日	年 月 日

※ 保険診療の場合、別途紹介状を添付してください(書式自由)

検査内容	☐ 一般撮影 ☐ CT ☐ CBCT ☐ その他
画像の提供方法	自費: ☐ 患者へ直接手渡し ☐ 依頼歯科医院へ郵送
	保険: ☐ 依頼歯科医院へ郵送

一般撮影の場合にご記入ください

一般撮影 検査内容	☐ パノラマ ☐ セファロ 側面(L→R) ☐ セファロ 側面(L→R) + 正面(P→A) ☐ 手根骨 ☐ その他()
--------------	--

CT・CBCTの場合にご記入ください

検査対象部位 インプラント 植立予定部位	<table border="1"> <tr> <td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td> </tr> <tr> <td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td> </tr> </table>	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8																		
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8																		
撮影範囲(CT)	☐ 上顎のみ ☐ 下顎のみ ☐ 上下顎 ☐ その他()																																
撮影範囲(CBCT)	☐ 上下顎（第三大臼歯は入らない場合があります） ☐ 上記検査部位のみ（診断名： ）																																
ステント	☐ 無 ☐ 有()																																
撮影に関する特別な指示*	☐ 無 ☐ 有()																																

その他の場合にご記入ください

臨床診断名	
撮影内容(単純のみ)	
備考	

破折・根尖病変のCBCT撮影では、上下顎撮影（主にインプラント・矯正）は十分な解像度ではないため
上記検査部位のみ撮影を推奨します

画像データはDICOM・JPEGをビューワー付きDVD-Rで出力いたします。

保険診療は診断レポート添付後、着払い郵送でのお渡しとなります。(当日または翌診療日発送)

*撮影に関する特別な指示は内容によってオプション料金となります。