

# インプラント術前CT検査申込書

記入日 年 月 日

撮影日時	月	日	時
フリガナ 患者様氏名		性別 (男・女)	生年月日 M・T・S・H 年 月 日( 歳)
住所	〒	—	TEL — —

## インプラントCT撮影指示

### 撮影部位

片顎 (上顎・下顎)       両顎       術後

### インプラント埋入予定 (数字を囲んでください \*必須)

上顎	R	8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8	L
下顎	R	8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8	L

### フィルム出力

無       有 → (頬-舌矢状断面・パノラマ像)

### CD-ROM (DICOMデータ)

原画像     頬-舌矢状断面     パノラマ像

Viewer機能の有無 : 有・無

### 使用ソフト

なし     シムプラント     10DR     アイキャット     ノーベルガイド     S2G     その他

ステント(サージカルガイド)の有無 : 有・無

### その他撮影及び処理に関するご指示

紹介元医療機関名

医師氏名

印

CT担当技師

印



## 調布東山病院へご来院の患者さまへ

下記の流れに沿って、「受付」→「撮影」→「会計」を行ってください。

- ①総合受付で受付後、ファイルをお受け取りください。
- ②検査・放射線受付に、ファイルと検査申込書を提出し、椅子に掛けてお待ちください。
- ③診療放射線技師がお名前をお呼びします。CT 室に入り、撮影を行います。
- ④撮影終了後、放射線科職員よりファイルを受け取り、会計にて撮影料金をお支払いください。

※クレジットカードもご利用になれます。

(VISA/JCB/Master Card/DC/UFJ Card/NICOS/AMERICAN EXPRESS/  
Diners Club INTERNATIONAL/DISCOVER/AEON CREDIT SERVICE)

おつかれさまでした

- 検査当日、ご都合が悪くなった場合は、お電話でご連絡をお願いいたします。  
調布東山病院 地域連携室 電話番号(直通) 042-481-5044