

コーンビームCT 撮影依頼票

プロCTイメージング

〒330-0854 埼玉県さいたま市大宮区桜木町1-1-7

TEL&FAX 048-645-3030

患者様情報

氏名	フリガナ	性別
		男・女
生年月日	[西暦 明・大・昭・平 年 月 日]	
住所	〒	
連絡先	自宅・勤務先 携帯	() ()

依頼元

施設名	フリガナ
相当医	フリガナ
住所	〒
TEL	()
撮影日	平成 年 月 日(曜日) 時 分

撮影
目的

- インプラント治療診断
 歯科矯正治療診断
 顎関節の精査、変形性顎関節症、リウマチ等
 その他 ()

目的
部位

- 上顎 下顎 上下顎 上顎面～下顎
 その他 ()

[インプラント治療診断の場合]

① 埋入予定位置に ○ をつけて下さい。

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)

② 撮影ステントの有無 [有・無]

撮影
モード

- I-mode[10cm] P-mode[15cm] F-mode[19cm]

その他

- 妊娠の可能性 [有・無]
 その他注意事項 ()

画像
提供

- ※以下の1点のみ撮影料金に含まれます。(追加する場合はオプション料金が必要です。)
 DICOMデータ …送付先 [貴院・画像処理会社()]
 SimPlantデータ(フリーソフト付)
 JPGデータ(若しくはBMPデータ)

画像
診断

- 歯科放射線医による画像診断 (オプション料金)