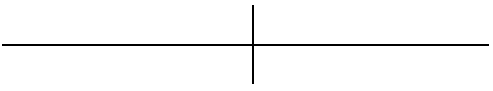


# CT撮影依頼書

日付 年 月 日

ふりがな		生年月日	年 月 日
被撮影者氏名		年齢	歳
		性別	男・女
住所			
電話	— —		

医療機関名			
医師署名			
医療機関住所			
電話	— —		

撮影目的	<input type="checkbox"/> インプラント <input type="checkbox"/> 歯周治療 <input type="checkbox"/> 顎関節治療 <input type="checkbox"/> 埋伏歯処置 <input type="checkbox"/> 歯内治療 <input type="checkbox"/> 矯正治療 <input type="checkbox"/> その他 ( )
撮影部位	<input type="checkbox"/> 歯・歯槽 <div style="text-align: center;">  </div> <input type="checkbox"/> 顎関節 ( 右・左 ) <input type="checkbox"/> 上顎洞 ( 右・左 ) <input type="checkbox"/> その他 (具体的な指示をご記入ください)
撮影顎位	<input type="checkbox"/> 咬合位 (習慣性咬頭嵌合位にて撮影します) <input type="checkbox"/> 開咬位 (モリタ社製マウスピース〔ロールワッテ約一本分の厚み〕を咬ませて撮影します) <input type="checkbox"/> その他の顎位 (ワックスバイトなどの準備をお願いします)
撮影平面	<input type="checkbox"/> 咬合平面 <input type="checkbox"/> FH平面 <input type="checkbox"/> 指定なし <small>(ご指定の平面にできるだけ平行に撮影します。開咬位の場合はFH平面のみとなります)</small>
撮影モード	<input type="checkbox"/> I-モード (直径約10cm スライス幅0.2mm) <input type="checkbox"/> P-モード (直径約15cm スライス幅0.3mm) <input type="checkbox"/> F-モード (直径約19cm スライス幅0.4mm)

撮影時の注意事項	ステントの使用 ( 有・無 ) 義歯の使用 ( 有・無 ) 「有」の場合、撮影時に ( 装着・撤去 ) その他 ( ) <small>※ステントを使用する際は、患者様ご自身で着脱が出来るよう説明をお願いします</small> <small>※ワックスバイトを使用する際は、容易に口腔内に戻せる、かつ変形しない保管をお願いします</small>
----------	---

電話にてご予約の上、この申込書をFAXしてください。

おかざき矯正歯科クリニック CTイメージング室  
 Phone & Fax 029-225-1817  
 担当 廣澤