


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"/> 埋伏歯観察 <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"/> 顔面全体 <input type="checkbox"/> 歯・歯槽 <div style="text-align: center;">  </div> <input type="checkbox"/> 顎関節 (両側) <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"/> 開口位 (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)
撮影モード	<input type="checkbox"/> 顔面全体 (矯正治療など) -モード <input type="checkbox"/> 上下顎 (インプラント) -モード <input type="checkbox"/> 顎関節 (開口) -モード <input type="checkbox"/> エンド (上下片顎・左右片顎) -モード

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
 Fax 029-300-4182
 担当 岡崎