

## 歯科用CT検査依頼

紹介元医療機関の名称	
電話番号	
医師名	

患者氏名	性 別 男・女
	生年月日 M・T・S・H 年 月 日( 歳)
	電話番号

### 検査目的

- インプラント術前検査  
埋伏歯精査  
その他( )

### 撮影部位

- 上顎 下顎 上下顎 その他( )

該当部位を○で囲んで下さい

右TMJ	8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8	左TMJ
	8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8	

### ステント

- 装着して撮影 無し

### 依頼内容

- 撮影のみ DICOMデータ(処理は外部依頼の場合)  
撮影 クロスカット画像  
その他

( )

### 画像出力方法

- CD  
フィルム

### データ提出

- 患者に手渡し  
郵送( 月 日)必着

※提出方法等に記載がない場合はこちらの都合とさせていただきます

### 持参試料

- フィルム(パントモ、etc)  
ステント  
その他( )

### 撮影条件

Helical 120kV 200mA 0.5sec 0.5mm×80 FC30 FOV:S160mm Gantry Tilt:0°  
咬合平面が分かりにくいケース(無歯顎など)の場合、鼻聴導線をガントリに平行にします。  
咬合平面を確認するため、ガーゼ等を嚙ませて撮影します。

イムス富士見総合病院 放射線部  
☎ 049-251-3027(直通)