

【歯科インプラントCT 撮像依頼用紙】



北海道医療大学病院
地域連携室 御中

依頼日 平成 年 月 日

FAX 011-778-7985 TEL 011-778-7575(代)

〒002-8072 札幌市北区あいの里2条5丁目

ふりがな 患者様氏名 生年月日(明・大・昭・平) 年 月 日()歳	住所 電話番号() -
--	-----------------

【撮像形態】 紹介による検査 委託検査(委託契約機関のみ)

【撮像目的】 (以下は、いずれかに チェック、または丸囲みしてください。)

インプラント(ステント 無・有) → 有の場合、TEK脱着(要・不要)

【機種希望】 ヘリカルCT コーンビームCT(歯科用 *注:ノーベルガイドは使用不可)

【撮像方法】 シングルスキャン ダブルスキャン(ノーベルガイド使用時のみ)

【撮像希望範囲および部位】

8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8
8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8

【希望日】必ず記入してください。 予約可能枠 13:00~16:30

希望なし

希望あり → 第1希望 月 日 第2希望 月 日 第3希望 月 日

詳細(希望時間など)

【画像処理法】

CD-Rのみ フィルムのみ CD-Rとフィルム両方とも ※コーンビームCTは、CD-Rのみ

◎お渡し方法 → 患者持ち帰り 依頼元へ郵送 (原則患者持ち帰り)

【レポート】 希望する 希望しない 【詳細レポート】 希望する(有料)

【備考】(該当するものを○囲み)

歩行状態 : 歩行可 ・ 車イス ・ ストレッチャー

体内金属 : 無 ・ 有 (ペースメーカー、その他)

感染症 : 無 ・ 有 (HB抗原、HCV、その他)

ご紹介元医療機関名 歯科医師氏名	住所 電話番号() - FAX 番号() -
---------------------	--------------------------------

項目ご記入の上、FAXをお願いいたします。記入に不備があると調整が遅れますので、ご留意願います。
調整次第「予約表」をFAX 差し上げます。お急ぎの場合は、電話でご連絡ください。
平日 9:00~16:00 受付分は当日中、時間外および土日祝日の場合、翌診療日対応となります。