

# デンタルCT検査依頼票 (診療情報提供書)

東京労災病院  
申し込み専用FAX番号 (放射線科)  
03 - 3742 - 7170

平成 年 月 日

紹介元医療機関：

所在地：

撮影予約日 月 日 時

医師氏名 \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_

FAX \_\_\_\_\_

東京労災病院の受診歴 : あり (ID \_\_\_\_\_ ) なし・不明

フリガナ		
患者氏名	殿	性別：男・女
生年月日：	明・大・昭・平 年 月 日 ( 歳)	
住所：		電話

撮影部位：上顎・下顎・上下顎	ステント：なし・あり (ありの場合は持参ください)				
撮影に対する指示	インプラント予定部位：				
	<table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">8 7 6 5 4 3 2 1</td> <td style="padding: 0 5px;">1 2 3 4 5 6 7 8</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">8 7 6 5 4 3 2 1</td> <td style="padding: 0 5px;">1 2 3 4 5 6 7 8</td> </tr> </table>	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
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				
感染症：無・有 ( )					

貴院でご使用しているシミュレーションシステム対応による撮影希望の場合。

シミュレーション名： \_\_\_\_\_

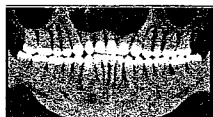
撮影条件：(専用の条件表等がございましたら持参お願いします)

- 撮影スライス厚 :  最小0.6mm  その他 ( mm)
- 再構成スライス厚 :  最小0.6mm  その他 ( mm)
- 再構成スライス間隔 :  0.5mm  その他 ( mm)
- その他 :

当院で作成した画像データ使用による撮影希望の場合。

フィルム希望 (原寸大)     CD-R希望 (画像参照用ビューアーをお付けします)

パノラマ画像：



直交断面像：

