

インプラントCT検査予約申込書 兼 診療情報提供書

本紙は診療情報提供書を兼ねておりますので、原本を当日ご持参くださいますようお願いいたします。

フリガナ 患者氏名		性別 男・女	紹介元医療機関名 住所	
生年月日 年 月 日 歳				
住所 〒		ご担当医 (印)		
TEL		TEL		
TEL		FAX		
病名		既往歴		
経過等				

検査日

月	日 ()	時	分
---	-------	---	---

画像媒体 *必要なものすべてにチェックをお願いいたします *原則として検査の翌開院日に郵送します

<input type="checkbox"/> 当院装置での画像処理データ フィルム	<input type="checkbox"/> 当院装置での画像処理データ CD
<input type="checkbox"/> DICOMデータのCD保存 (SIM/Plant etc)	
<input type="checkbox"/> その他 ()	

検査部位・指示等 *媒体・部位によって検査費用が異なります。

検査部位 ▶ <input type="checkbox"/> 上顎のみ <input type="checkbox"/> 下顎のみ <input type="checkbox"/> 上顎・下顎両方			
インプラント部位 ▶ 下図に記入ください			
右上	番	左上	番
右下	番	左下	番
コメント ▶			

SIM/Plant用ステントまたはインプラント打ち込み用ガイド(0.5mmのワイヤー)シーネをお作りください。そのシーネを撮影時使用しますので、ご本人にご持参いただくようお願いいたします。当院歯科にて装着させていただきます。