

インプラントCT検査 申込書兼紹介状

検査日	年 月 日 ()	紹介元医療機関					
時間	午前・午後 時 分	の名称・所在地					
依頼内容	<input type="checkbox"/> 撮影のみ (DICOMデータ・CD) <input type="checkbox"/> 撮影 + SimPlantView変換 (CD) <input type="checkbox"/> 撮影 + 計測・埋入計画 (CD+レポート)	医 師 名					
		TEL (- -) FAX (- -)					
フリガナ		性別	生年月日				
患者氏名	様	男・女	明治・大正・昭和・平成				
			年 月 日				
撮影部位 (必須)	<input type="checkbox"/> 上顎 <input type="checkbox"/> 下顎 <input type="checkbox"/> 上・下顎 <input type="checkbox"/> その他()						
ステント (必須)	<input type="checkbox"/> 装着して撮影 <input type="checkbox"/> 無し						
ご依頼の理由 (病歴・主な症状など)							
<h2>インプラントの術前検査</h2>							
インプラントの予定部位 (計測・埋入計画時のみ記入)							
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; text-align: center;">8 7 6 5 4 3 2 1</td> <td style="text-align: center;">1 2 3 4 5 6 7 8</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; text-align: center;">8 7 6 5 4 3 2 1</td> <td style="text-align: center;">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						

使用するインプラントのメーカー名 (計測・埋入計画時のみ記入)	
------------------------------------	--

患者さまへ ～検査説明と注意事項～

CT検査とは、X線を使って身体内部の画像を作り出し内部を検査するものです。
検査時間は、15～20分かかります。

1. 予約の変更や取り消しをされる場合は、早めに地域連携室までご連絡ください。
2. 歯科口腔外科でステント装着することがあります。
3. 検査結果は、ご紹介元の先生に後日お送りいたします。

※ 検査当日は、予約時間の20分前までに直接「地域連携室」にお越しください。