

歯科用 CT(3DX) 撮影依頼書

平成 年 月 日

紹介元医療機関

所在地・〒
名称
電話番号
歯科医師名 印

紹介先医療機関

くいなばしデンタルクリニック
〒612-8415
京都市伏見区竹田中島 206 番地
地下鉄くいな橋駅前ビル 1F
TEL 075-643-3545

患者氏名	男	明・大・昭・平	年	月	日生(歳)
	女	職業			
患者住所	電話番号				

撮影目的 (該当目的を○で囲んで下さい)

インプラント術前検査
 インプラント術後検査
 矯正治療用インプラント術前検査
 副鼻腔炎歯性上顎洞炎精査
 顎関節症精査
 HET・HRT・RT 精査
 過剰埋伏歯精査
 Per・Cyst・歯根破折精査
 その他 ()
 同一部位経過 (前回撮影 年 月)

撮影部位 (該当撮影範囲を□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	

その他の部位 ()

TMJ 撮影時顎位：
 閉口のみ
 開・閉口
 その他の顎位 ()

撮影サイズ (指定サイズをチェックして下さい)

5×5 (ブロック部位)
 10×5 (上下・片顎)
 10×10 (上下顎)
 17×13.5 (全頭)

指定撮影方法および計測法 (撮影方向や計測部位・計測間隔に特にご指定のある場合お書き下さい)

既往歴及び家族歴

症状経過及び検査結果

治療経過

備考

持参資料 (無・有→レントゲンフィルム・ステント(シーネ)・その他)
 資料の返却 (不要・要)

※データは全て患者様に CD でお渡し致します