

CT画像検査依頼書兼紹介状

予約日時 年 月 日 (:)	依頼院署名
フリガナ	紹介先 :
患者名	
生年月日 年 月 日 (歳)	サイナスリフト・骨補填材による治療 あり・なし (ありの場合、その部位に○をつけて下さい)
撮影依頼部位(○をつけて下さい) 上顎のみ 下顎のみ 上下顎	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
インプラント植立予定部位(○をつけて下さい) 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	
その他の検索希望	その他の顔面部疾患の既往 ステントの使用 あり・なし
その他、撮影に関するコメント	パノラマ、その他のフィルムの添付 あり・なし

当医院では他医院様からの歯科用コーンビームCTの撮影依頼を承っております。
 また撮影データはDICOM形式でCD-Rでお渡しでき、無料ビューワーソフトもインストールされていますのでそのまま診断が可能です。

撮影可能範囲は顎顔面領域全域で歯科インプラント治療、矯正、口腔外科、一般歯科治療等、すべての基準を満たしております。

また、ご希望に応じて3-D顎関節撮影、デジタルパノラマ、デジタルセファロも同日に撮影可能です。

CT撮影費用は ¥21,000

3-D顎関節撮影、デジタルセファロ撮影費用はセットで ¥21,000

デジタルパノラマ撮影費用は ¥3,150となっております。

CT撮影後に、ご希望があれば無料症例相談も承っております。