

# CT撮影依頼票(歯科用)

予約日時	平成	年	月	日	曜日	<input type="checkbox"/> AM	<input type="checkbox"/> PM	時	分		
フリガナ 氏名:						様	<input type="checkbox"/> 男性	<input type="checkbox"/> 女性			
生年月日	M.	T.	S.	H.	年	月	日生	( )	歳		
連絡先(予約日に連絡可能な電話番号):						( )					
医療機関名:											
ご担当医師名:											
TEL:						FAX:					
E-mail:						@					

- ① 撮影目的 インプラント  
歯周治療 矯正治療 その他( )
- ② 撮影範囲 上顎 下顎 両顎  
その他(具体的な指示をご記入ください)



インプラント術施行予定位置(○印をお付けください)

	右側								左側							
上顎	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
下顎	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

- ③ ステントの有無 ステントあり ステントなし
- ④ スライス幅 0.6mm 1.0mm 2.0mm
- ⑤ データ保存方法 フィルム CD-R
- ⑥ 臨床情報や撮影方法等について特別な指示があればご記入ください。

## 検査当日のご案内

- もりした循環器科クリニックへ直接お越しください。
- 予約時刻の15分前までに当院受付までお越しください。
- 歯科医の先生からのCT検査依頼票を必ずご持参ください。
- 検査時間は5分程度です。
- 妊娠、または妊娠の可能性がある場合、検査前にスタッフにお知らせください。

## MORISHITA HEART CLINIC もりした循環器科クリニック

〒606-8277

京都市左京区北白川堂ノ前町36番地

(北白川別当交差点北西角 北白川別当町バス停徒歩1分)

Phone 075-702-0022 Fax 075-702-1122

市バス

北白川別当町  
バス停着

京都駅・三条駅より 5系統(岩倉操車場行き)  
 四条河原町駅より 5系統(岩倉操車場行き)3系統(百万遍・北白川仕伏町行き)  
 北大路駅・丸太町駅より 204系統(銀閣寺行き)

