

歯科用コーンビームCT撮影依頼書

令和 年 月 日

紹介先医療機関等名

日本大学歯学部附属歯科病院

紹介元医療機関

所在地・〒

名 称

電 話 番 号

歯科医師名

印

担
当
医

歯科放射線科

先生

患者氏名

男

女

明・大・昭・平 年 月 日生 (歳)

職業

患者住所

電話番号

撮影目的 (該当目的を○で囲んでください)

インプラント術前検査 インプラント術後検査 矯正用インプラント術前検査 歯牙移植術前検査

顎関節症検査 埋伏歯精査 (智歯・正中過剰・その他) Per・嚢胞・歯牙破折検査

その他 ()

撮影部位 (該当部位を○で囲んでください)

右TMJ

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

 左TMJ

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

()

撮影サイズおよびオプション

(指定サイズがある場合にはチェックを入れてください。サイズ指定がない場合は撮影部位と目的からこちらで判断させていただきます。また、DICOM 出力をご希望の場合は DICOM 出力の□にチェックを入れてください)

4 × 4 cm

6 × 6 cm

10 × 10 cm

DICOM 出力

既往歴及び家族歴

(特記すべき感染症 無・有 :)

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 ・ その他

) (資料の返却 不要 ・ 要)