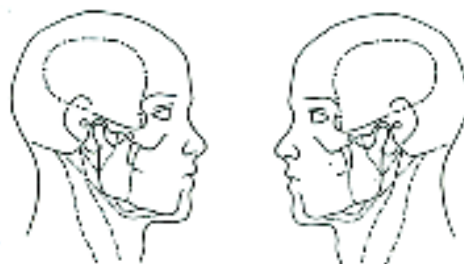


# CT画像検査依頼書

フリガナ _____  患者氏名  西暦      年      月      日生 (      歳)	予約日時  年      月      日 (      :      )  撮影方法 (○をつけてください)  歯科用CT ※ <sup>1</sup> ・      全身用CT ※ <sup>2</sup>				
依頼元 医療機関名: 所在地: 〒   電話番号:  FAX番号:  電話予約者名  依頼医師署名  検査当日の問い合わせ電話連絡先	撮影範囲 (○をつけてください)  <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			
	撮影の目的・疑われる疾患  ・インプラント術前検査  ・その他 (      )				
	ステントの使用  あり ・ なし				
	画像の添付※ <sup>3</sup>  パノラマ ・ その他 (      ) ・ なし				
パノラマ撮影希望  あり ・ なし					
DICOMデータ出力 (別途、メディア代が必要です)  希望する ・ 希望しない (ご使用のソフトウェア:      )					

撮影に関するコメント、その他の顎顔面疾患の既往など (必要な場合、図示してください。)



- ※<sup>1</sup> 歯科用CT(歯科用3次元エックス線断層撮影)はAlphard VEGA(朝日レントゲン社製) Dモード(撮像範囲が直径・高さ約50mmの円柱で空間分解能は約0.1mm)またはIモード(撮像範囲が直径・高さ100mmの円柱で空間分解能は約0.2mm)での撮影を行っています。
- ※<sup>2</sup> 全身用CTはRADIX PRIMA(日立メディコ社製)で撮影し、画像を0.5mm厚で再構成しています。CT値(Hounsfield Unit)の計測が必要な場合には、こちらで御依頼下さい。
- ※<sup>3</sup> パノラマなどの画像は、撮影・診断の際に参考にさせていただきますので可能な限り添付して下さるようお願い致します。撮影後に画像は必ず返却いたします。
- ※<sup>4</sup> 患者さんの状態によっては撮影方法を変更・追加させて頂く場合がございます。御了承下さい。

2012.06.01改訂

**鶴見大学歯学部附属病院 放射線科・画像検査部**

〒230-8501 横浜市鶴見区鶴見2-1-3 TEL.045-580-8500(受付時間 9:00~12:30 13:30~16:00) FAX.045-581-0024