

特殊画像検査（インプラント用）申込書

申込日 平成 年 月 日

九州大学病院 口腔画像診断科宛	依頼医療機関 〒 住所 機関名 (担当歯科医師 先生) TEL/FAX				
予約検査種 ¹	CT • CBCT				
日時 ¹	20 年 月 日 AM・PM 時 分				
患者氏名	ふりがな <hr style="border-top: 1px dotted black;"/> M・T・S・H 年 月 日 () 歳 男・女				
疾患名					
検査に対する要望					
ステント	有 • 無				
検査部位	検査部位を○でかこんで下さい。 <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 10px; text-align: center;">8 7 6 5 4 3 2 1</td> <td style="padding: 0 10px; text-align: center;">1 2 3 4 5 6 7 8</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 10px; text-align: center;">8 7 6 5 4 3 2 1</td> <td style="padding: 0 10px; 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				
パノラマ	要 • 不要				
再構成 ²	要 • 不要				
出力 ³	病院 CD（簡易ビューワー付き）での提供となります。				

¹あらかじめ電話にてご予約ください (092-642-6471)。

²別途料金が必要になります。詳細はおたずねください。

³不明な点をご相談ください。