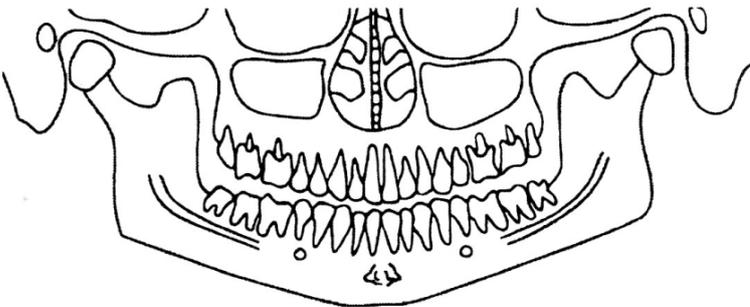


# C T 撮影依頼書

ライフタウン歯科クリニック 宛

下記の患者さんのC T撮影をお願いいたします。

※FAX 送付先 : 022-386-5716

発行年月日	平成    年    月    日						
撮影予約日時	平成    年    月    日 (    )    :    ~						
フリガナ 患者名	_____		性別    男・女				
生年月日	大正・昭和・平成    年    月    日    (    ) 才						
住所・連絡先	_____ 電話 (    )						
撮影目的	_____						
撮影希望部位	<table style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px;">8 7 6 5 4 3 2 1</td> <td style="padding: 5px;">1 2 3 4 5 6 7 8</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px;">8 7 6 5 4 3 2 1</td> <td style="padding: 5px;">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						
パノラマ所見概略							
インプラント治療の場合							
ステント	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無						
撮影条件	<input type="checkbox"/> 全顎 <input type="checkbox"/> 上顎優先 (含 上顎洞) <input type="checkbox"/> 下顎優先						
特記事項	_____ _____ _____						

以上、よろしくお願ひいたします。

歯科医院名 \_\_\_\_\_ 歯科医師名 \_\_\_\_\_  
 住所 \_\_\_\_\_ 連絡先 \_\_\_\_\_