

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	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 _____