

# CT 撮影依頼書

**CT撮影手順のご説明**

1. 本依頼書にご記入の上、当院までFAX (0422-70-1817) してください。  
FAXの後、本依頼書を患者様にお渡しして撮影の予約日時を決めるため、患者様自身が、当院に**直接お電話 (0422-70-1839)**をかけて頂くようにお伝えください。
2. 当院から貴院にFAXにて確認のご連絡を差し上げます。
3. 患者様は予約日時に本依頼書をご持参の上ご来院頂きます。  
※検査前の飲食や検査時の服装に制限は御座いませんが、  
首より上の装飾品などに関しましては外して頂く場合がございます。  
撮影は10分 (実撮影時間は30秒-3分) 程度で終了します。
4. 撮影料金は1スキャン10, 500円 (消費税込み) です。  
直接患者様が当院へお支払ください。
5. 撮影データはCD-Rで郵送 (宅配便) か、患者様に手渡し致します。  
※USBメモリー等はPCウイルス感染の観点からお受けいたしておりません。  
※ラジオグラフィックガイド (マウスピース) ・ステント等を使用しての撮影希望者をご持参下さい。



JR 三鷹駅 南口 中央通り沿い 徒歩8分

鈴木デンタルクリニック  
〒181-0013 東京都三鷹市下連雀4-16-2  
パークハウス三鷹セントレ101

患者様 (被写体) 情報			
フリガナ			
氏名		様	男・女
生年月日	昭和・平成	年	月 日
住所	〒 _____		
電話番号	_____		

<b>撮影モード</b> <input type="checkbox"/> 1. スタンダードスキャン (片顎部分撮影) 50×50 <input type="checkbox"/> 2. スタンダードスキャン (上下顎部分撮影) 50×80 <input type="checkbox"/> 3. ステッチ撮影 (水平方向二重撮影) 75×80 <input type="checkbox"/> 4. ステッチ撮影 (水平方向三重撮影) 100×80 ※ 通常はステッチ撮影 (水平方向三重撮影) をお勧めします。 指示がない場合はステッチ撮影 (水平方向三重撮影) となります。	<b>範囲 (mm)</b>																																	
<b>撮影部位</b> (希望部位を右の図と歯式上で四角く囲ってください)		<table style="margin: auto;"> <tr> <td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td> </tr> <tr> <td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>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																			

<b>撮影依頼時の注意事項</b> (必要に応じてご記入ください)	
--------------------------------------	--

<b>データ形式</b>	<input type="checkbox"/> One Data Viewer (GC Romexis Viewer Soft 使用でPCにて確認できます。) OS-WinXP/CPU-2.0GHz以上/メモリ-1.0GHz以上/グラフィックメモリ-128MB以上 <input type="checkbox"/> DICOMファイル出力 (インプラントシュミレーションソフト用)
--------------	--

<b>受取方法</b>	<input type="checkbox"/> DVD/CD-ROMで郵送希望 (郵送の場合、翌日までに発送致します) <input type="checkbox"/> 患者様へ手渡し希望 (DVD/CD-ROMの作成に20~30分程度お待ち頂きます)
-------------	--

<b>ご依頼元医療機関情報</b>	
医療機関名 _____	担当医師名 _____
住所 〒 _____	
電話番号 _____	FAX番号 _____