

・特殊画像検査（インプラント用）申込書

申込日 令和 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 TEL/FAX  先生)				
予約検査種 <sup>1</sup>	CT ・ CBCT				
日時 <sup>1</sup>	20 年 月 日 AM・PM 時 分				
患者氏名	ふりがな				
	M・T・S・H・R 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;">8 7 6 5 4 3 2 1</td> <td style="padding: 0 10px;">1 2 3 4 5 6 7 8</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">8 7 6 5 4 3 2 1</td> <td style="padding: 0 10px;">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 <sup>2</sup>	要 ・ 不要				
出力 <sup>3</sup>	病院CD（簡易ビューワー付き）での提供となります。				

<sup>1</sup>あらかじめ電話にてご予約ください (092-642-6471)。

<sup>2</sup>別途料金が必要になります。詳細はおたずねください。

<sup>3</sup>不明な点をご相談ください。