

騎西クリニック病院CT撮影指示書（インプラント用）

ふりがな： _____

氏名： _____ 男・女

住所： _____

電話番号： _____ - _____

保険証情報： _____

生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日（ _____ 才）

CT予約日： _____ 月 _____ 日 午前・午後 _____ 時 _____ 分

紹介医住所： _____

紹介医院名： _____

依頼医署名： _____

連絡先： TEL _____ - _____

FAX _____ - _____

撮影部位： _____ 上顎・下顎・上下顎同時

インプラント植立予定部位

			E	D	C	B	A	A	B	C	D	E			
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
			E	D	C	B	A	A	B	C	D	E			

最近6ヶ月の抜歯の有無： 有（ _____ 年 _____ 月ごろ）・無

抜歯の部位を _____ で囲って下さい

			E	D	C	B	A	A	B	C	D	E			
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
			E	D	C	B	A	A	B	C	D	E			

備考