



# 精英醫事放射所 口腔拍攝影像中心

台中市 南區 復興路一段 395-2 號 TEL : 04-2261-1185 FAX : 04-2260-6218

營業時間：週一 ~ 週五 08 : 30~12 : 00 , 13 : 30~18 : 00

週六 08 : 30~12 : 00 , 13 : 30~17 : 00

3D影像中心

## 特約 VIP

診所名稱：	診所醫師： (簽章)
聯絡電話：	聯絡人：
診所地址：	

檢查預約表 (為免久候，請先來電預約)

拍攝日期： 年 月 日

### 一·病患基本資料

姓名：	身分證字號：
生日：西元 年 月 日	性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
連絡電話：	
地址：	

### 二·勾選欲拍攝部位

<p>Maxilla</p> <p>Mandible</p> <p>R右 1 2 左L 4 3</p>	<p>※ 請圈選欲植牙處</p>	<input type="checkbox"/> 側顱X光影像 <input type="checkbox"/> 頭顱拍攝(PA view) <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> PANO
		<input type="checkbox"/> 全口CT <input type="checkbox"/> 上顎CT <input type="checkbox"/> 下顎CT <input type="checkbox"/> 術後追蹤	

### 三·醫師醫囑 (請照會醫師詳細填寫，以確保影像品質)

(1) 拍攝時是否需移除任何口內物？ <input type="checkbox"/> 是 _____ <input type="checkbox"/> 否
(2) 拍攝時是否需配戴定位板？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
(3) 報告形式(需特殊檔案請註明)： <input type="checkbox"/> 光碟片 + <input type="checkbox"/> 去骨動畫(需另收工本費) <input type="checkbox"/> 光碟片 + 書面輸出 + <input type="checkbox"/> 去骨動畫(需另收工本費) <input type="checkbox"/> 急件：_____ ※ 本中心一般在 2-4日內會將資料寄達貴診所，急件請註明送達時間。
(4) 備註： (如懷孕者請先告知)

執行放射師

拍攝時間

★ 背面附上地圖