

## 診療情報提供書

下記の患者さんに対して、SIMPLANT®（デンツプライシロナ株式会社）のCT撮影をお願いいたします。  
ご不明な点がございましたらカスタマーサポート（TEL：0120-016-152 平日9：00～17：00、土日祝日除く）までご連絡ください。

## 【患者情報】

フリガナ		
患者氏名	姓	名
生年月日	大正・昭和・平成	年 月 日 男・女
住所	〒	
電話番号		
撮影部位	上顎 ・ 下顎 ・ 両顎	
ステント	有 ・ 無	
撮影予約日時	平成 年 月 日 時～	

## 【歯科医院情報】

フリガナ	
依頼 歯科医院名	
歯科医師名	
電話番号	
備考	

## 1. 位置決めの流れ

## 【首の角度】

- ・ 正中線・咬合面に合うよう位置決め

## 【顎の角度】

- ・ 治療部位の咬合面がベッドと垂直になるよう位置決め



## 【欠損した症例】

欠損部位の歯牙があると仮定して咬合面をイメージする

## 【前歯と臼歯で角度がついた症例】

前歯と臼歯を結ぶラインを咬合面としてイメージする

## 2. 撮影条件と撮影範囲

表 1.全 CT 機種共通条件

Gantry Tilt	Matrix	FOV	Slice Thickness	頭の位置
0°	512	約 160mm	0.5mm 以下 (最小値)	Head First

## 3. 再構成条件

- ・ 再構成関数：骨条件（BONE 等、表 2 参照）
- ・ 拡大再構成：FOV=上下顎骨が入る範囲（約 16cm）  
中心座標がずれないようにズーミング
- ・ 再構成スライス厚：最小
- ・ 再構成スライス間隔：0.5 mm以下の出来るだけ**最小値**

表 2.CT 機種メーカー毎の撮影プロトコル

	管電圧 (kV)	管電流 (mA)	Reconst. Algorithm
GE	120	80-200	BONE
東芝	120	100-200	FC30/FC80
日立	120	150-200	BONE/2H/10H
SIEMENS	120-130	45-120	H60s/H70s
Philips	120	200	YD/D

※CT 機種により異なります。ご不明な点はお問い合わせください。

## 4. データ保存

必要な画像：スカウト画像とアクシャル画像

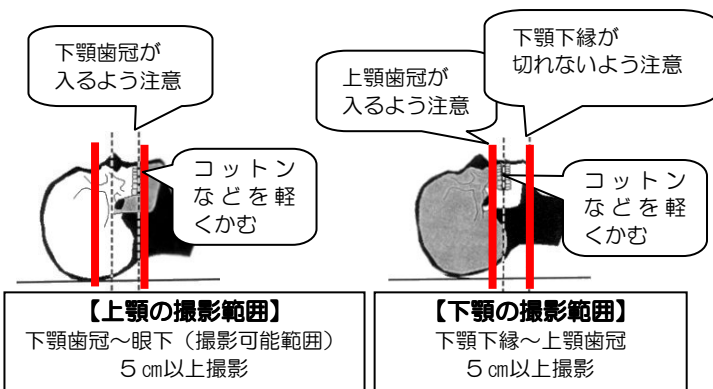
【CD-R・DVDへ保存】

- ・ DICOM 非圧縮形式・Implacit（暗示式）形式で保存

## 【歯科用コンビーム CT 撮影条件】

## 各機種共通

- ・ 頭位：治療部位の咬合面がベッドと平行
- ・ 撮影範囲：できるだけ歯列全体を含む範囲
- ・ データ形式：DICOM 形式で保存
- ・ 撮影スライス：0.3 mm程度を目安



例) 参考画像枚数：1 mmスライスに換算して片顎 50 枚以上  
0.5 mmスライスの場合…片顎 100 枚以上

個人情報を取り扱うにあたり、個人情報の保護に関する法律その他関係法令を遵守いたします。

お客様の個人情報を取得または保有し、利用する目的といたしましては、コンピュータを利用した情報処理および情報提供業務ならびにソフトウェアの開発および販売、医療機器の販売、その他当社定款に定める事業目的に関し、お客様へより良い製品・サービスの提供、また有用な情報のお知らせ、その他正当な目的のためにのみといたします。なお、書面等によりお客様にて直接個人情報を記載していただく場合には、原則としてその利用目的を明示いたします。お客様の個人データは、正確かつ最新の状態を確保するとともに、厳重に管理し、不正アクセス・紛失・破壊・改ざん・漏洩等に対する予防措置および安全対策を講じます。

なお本検査はお客様におけるインプラント治療の一環として行うものとし、検査は治療に必要な部位のみを検査するものとします。依頼された検査データをデンツプライシロナ株式会社に委託することとし、このことを必ず患者様に説明し同意を得るものとします。