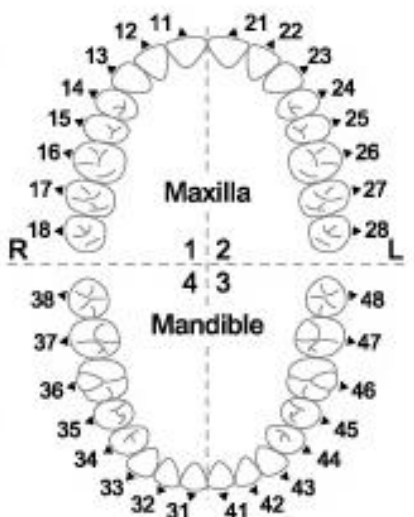


# 牙科

## 高雄醫學院附設中和紀念醫院

### 口腔病理暨顎顏面影像科 Cone Beam CT 拍攝醫囑單

院所		身分證 字 號		患者 姓名		拍攝 日期	
拍攝項目							
3D CT 牙科斷層掃描		<input type="checkbox"/> 上顎 <input type="checkbox"/> 下顎 12cm*8cm <input type="checkbox"/> 全口 10cm*10cm <input type="checkbox"/> 全頭顱 24cm*19cm					
注意事項							
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？ (拍攝後由患者帶回診所)		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否					
診斷目的							

說明：

1. 拍攝地點：高雄市三民區自由一路 100 號 S 棟 2 樓 口腔病理暨顎顏面影像科
2. 聯絡電話：07-3121101#7007
3. 門診時間：

週一至週五：08:30-17:00

轉診醫師：

聯絡電話：

轉診院所地址：

轉診院所蓋章

轉診院所蓋章