

## CT撮影を依頼される医療機関様へ

### 1. 撮影依頼の手順

患者さんにCT撮影依頼の旨をご説明いただき、本院にお電話の上、撮影日のご予約をお取り下さい。\*後日、患者さんからのお電話も受付けます。

電話番号 045-232-4441



「CT撮影依頼書」に必要事項をご記入の上、患者さんにお渡しいただき、本院受診の際にご提出くださいますようお願いいたします。また、「CT撮影を受けられる方へ」に関しましては、患者さんの覚書として必要に応じてお渡しください。



ご予約日に本院にてCT撮影を行います。所要時間は20分程度で終了いたします。

\* 当日「CT撮影依頼書」をご提出下さい。



後日、撮影結果を宅急便にてお送りいたします。結果の到着に約1週間程かかる場合がございます。ご依頼はなるべく余裕を持ってお願い申し上げます。

### 2. CT撮影料金

CT (インプラント用)	片顎 (上顎または下顎)	¥21,000
	両顎 (上下顎)	¥31,500
	ラジオグラフィックガイドのみの撮影 1回	¥10,500
	※インプラント用は、上記料金にデータ作成料送料を含む	
	画像診断料	¥5,250
CT (インプラント以外)	撮影 1回	¥8,400
	データ作成料	¥1,050
	画像診断料	¥3,150
	送料	¥770

画像診断報告書が必要な方は、別途「画像診断」をご依頼下さい。

より詳細なデータをご覧になりたい方はCD-Rをご使用下さい。CD-Rをご覧いただくには下記のスペック以上のパソコンが必要となります。

#### 【Windows】

OS : WindowsXP(32bit), WinsowsVista Pro(32/64bit), Windows7 Pro(32/64bit)

CPU : 2GB 以上

RAM : 2GB 以上

#### 【Mac】

OS : MacOS X 10.5 以上

CPU : 2GB 以上

RAM : 2GB 以上

詳細は販売店 (GC:ジーシー) までお問い合わせ下さい。

# CT 撮影依頼書

20 年 月 日

医療法人社団 木津歯科

〒220-0012 神奈川県横浜市西区みなとみらい 4-6-2

みなとみらいグランドセントラルタワー2F

TEL: (045)232-4441 FAX: (045)232-4446

医療機関名

所在地

電話番号 ( ) —

FAX 番号 ( ) —

\_\_\_\_\_先生

医師名 \_\_\_\_\_<sup>①</sup>

予約日時 20 年 月 日 ( ) 時 分																																	
フリガナ 患者氏名 _____ 殿 性別 : 男 ・ 女																																	
生年月日 _____ 年 月 日 ( 歳)																																	
既往歴 : <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( ) 感染症 : <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( ) 当院の検査歴 : <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり																																	
撮影部位 (撮影依頼部位を○で囲んでください。) <table style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black;">8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td> <td style="border-right: 1px solid black;">1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black;">8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td> <td style="border-right: 1px solid black;">1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>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																		
撮影依頼目的 <input type="checkbox"/> CT (インプラント用) <input type="checkbox"/> 上顎のみ <input type="checkbox"/> 下顎のみ <input type="checkbox"/> 両顎 (上下顎) <input type="checkbox"/> ラジオグラフィックガイドのみ <input type="checkbox"/> 画像診断	撮影用ステントの使用 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし データ形式 <input type="checkbox"/> CD-R <input type="checkbox"/> プリント画像 <input type="checkbox"/> CD-R およびプリント画像																																
<input type="checkbox"/> CT (インプラント以外) <input type="checkbox"/> 撮影 1 回 <input type="checkbox"/> データ作成 <input type="checkbox"/> 画像診断	画像をご覧になる PC <input type="checkbox"/> Windows <input type="checkbox"/> Mac データをご使用になるソフト ( ) <small>データ形式に特にご指示がない場合は、Romexis Viewer でのデータ形式となります。</small>																																
<input type="checkbox"/> 画像診断あり (画像診断報告書をご希望の場合は、測定部位を○で囲んでください。) <table style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black;">8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td> <td style="border-right: 1px solid black;">1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black;">8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td> <td style="border-right: 1px solid black;">1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>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																		
その他撮影に関するコメント																																	

# CT撮影を受けられる方へ

患者氏名： \_\_\_\_\_様

撮影予約日時： \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 ( ) \_\_\_\_\_時 \_\_\_\_\_分

撮影場所： 医療法人社団木津歯科 デンタルステーションみなとみらい

撮影料金： 合計 ¥ \_\_\_\_\_ (税込)

撮 影 料 金		
CT (インプラント用)	<input type="checkbox"/> 片顎 (上顎または下顎)	¥21,000
	<input type="checkbox"/> 両顎 (上下顎)	¥31,500
	<input type="checkbox"/> ラジオグラフィックガイドのみの撮影	¥10,500
	※インプラント用は、上記料金にデータ作成料・送料を含む	
	<input type="checkbox"/> 画像診断料	¥5,250
CT (インプラント以外)	<input type="checkbox"/> 撮影 1 回	¥8,400
	<input type="checkbox"/> データ作成料	¥1,050
	<input type="checkbox"/> 画像診断料	¥3,150
	<input type="checkbox"/> 送料	¥770

- ・事前にお電話でのご予約をお願いいたします。
- ・初診手続き等を含めまして 20 分程お時間を頂戴いたします。
- ・検査前の飲食や検査時の服装の制限はございませんが、首より上の装飾品等を外していただく場合がございます。
- ・ラジオグラフィックガイド (マウスピース) を使用して撮影される方はご持参下さい。

みなとみらい線  
みなとみらい駅 1 番出口から徒歩 2 分

渋谷・横浜方面よりみなとみらい線にてお越しの方へ

みなとみらい駅にて降車の際に、車両最後方部よりお降りいただきますと、1 番出口側の改札に出られます。

医療法人社団 木津歯科

〒220-0012 横浜市西区みなとみらい 4-6-2

みなとみらいグランドセントラルタワー2F

TEL: 045 (232) 4441

<http://www.kizu-dental.jp>