

## 画像撮影を依頼される医療機関様へ

### 1. 撮影依頼の手順

患者さんに画像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。

電話番号 045-232-4441



「画像撮影依頼書」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、「画像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画像撮影を行います。所要時間は20分程度で終了いたします。

\* 当日「画像撮影依頼書」をご提出下さい。



撮影した画像は、プリントまたはデータ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. 画像撮影料金

※税込

CT (インプラント用)	片顎 (上顎または下顎)	¥22,000
	両顎 (上下顎)	¥33,000
	ラジオグラフィックガイドのみの撮影 1回	¥11,000
	画像診断料	¥5,500
	送料	¥1,100
インプラント以外の画像撮影	CT	¥11,000
	セファロ	¥11,000
	画像診断料	¥3,300
	送料	¥1,100

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。

データにて受領希望の場合は、DTX GO のアカウント作成が必要になります。

DTX GO のアカウント作成方法、画像の受け取り方法については別途ご案内いたします。

# 画像撮影依頼書

20 年 月 日

医療法人社団 木津歯科

〒232-0012 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テラス 2F

TEL: (045)232-4441 FAX: (045)232-4448

医療機関名

所在地

電話番号 ( ) —

FAX番号 ( ) —

Eメールアドレス \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

↑データでお受け取りご希望の場合は  
必ずご記入ください。

医師名 \_\_\_\_\_<sup>㊦</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: なし あり ( )

感染症: なし あり ( )

当院の検査歴: なし あり

撮影部位 (撮影依頼部位を○で囲んでください。)

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

CT (インプラント用)

上顎のみ

下顎のみ

両顎 (上下顎)

ラジオグラフィックガイドのみ

画像診断

撮影用ステントの使用

あり なし

データ形式

データ

(DTX GO のアカウント作成が必要です。)

インプラント以外の画像撮影

CT

セファロ

画像診断

データ形式

プリント画像

データ

(DTX GO のアカウント作成が必要です。)

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。)

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

## 画像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		※税込
CT (インプラント用)	<input type="checkbox"/> 片顎 (上顎または下顎)	¥22,000
	<input type="checkbox"/> 両顎 (上下顎)	¥33,000
	<input type="checkbox"/> ラジオグラフィックガイドのみの撮影	¥11,000
	<input type="checkbox"/> 画像診断料	¥5,500
	<input type="checkbox"/> 送料	¥1,100
インプラント以外の画像撮影	<input type="checkbox"/> CT	¥11,000
	<input type="checkbox"/> セファロ	¥11,000
	<input type="checkbox"/> 画像診断料	¥3,300
	<input type="checkbox"/> 送料	¥1,100

- ・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ラルテラス 2F  
TEL: 045 (232) 4441  
<http://www.kizu-dental.jp>