

自費用CT検査申込書

ご紹介くださる医療機関様へ … CT検査の予約後に下記の太線内の項目を記入のうえ FAXにてお申込下さい。

仁厚会病院 FAX 046-221-5309

フリガナ 患者名	性別 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	生年月日 <input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日
住所	TEL	
紹介医療機関	紹介医名	
紹介医療機関電話番号		

下記の項目は、ご紹介くださる先生がご記入下さい。

希望装置 <input type="checkbox"/> MDCT <input type="checkbox"/> CBCT(歯科用CT) ※1/3顎単位 (撮影範囲 直径約80mm) ※シンプラントでのプランニング希望の場合にはMDCTの対応になります。 シンプラントでのプランニング希望 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ※お渡しまでに10日程度 プランニング+読影希望 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 かかります。
病名
撮影部位・範囲
インプラント種類・埋込部位
症状経過
臨床診断
①10分ほど静止できる患者様ですか。 <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない ②妊娠またはその可能性がありますか。 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ③その他検査に必要な情報などがありましたらご記入下さい。

※検査当日は、必ず保険証を持参して下さい。
 ※保険適用外の場合、MDCT 片顎 14,700円+税、上下顎 19,600円+税
 ※CBCT 1/3顎11,700円+税、1/3顎プラスごとに3,900円+税
 ※シンプラントプランニング 5,000円+税、プランニングに対する読影料4,500円+税
 ※画像データはCD-R、プランニング計画と読影レポートは紙出力となります。

当院記入欄

検査日 平成 年 月 日 () 時 分

ID

医事課	歯科医師	会計	完了