

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 年 月 日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成
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。

検査日時	平成	年	月	日	()	時	分
希望装置	<input type="checkbox"/> MDCT	<input type="checkbox"/> CBCT(歯科用CT) ※1/3顎単1	(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+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

ID

医事課	歯科医師	会計	完了