

歯科インプラント用CT検査依頼書 (健康保険適用外)

記載日 年 月 日

紹介元	医療機関名 所在地	TEL - -	担当医

患者様情報	フリガナ		男・女	生年月日	年 月 日 (才)
	お名前	様			
	ご住所	〒 TEL - -			
	検査日	月 日 ()	時 分	ご予約	

検査部位	<input type="checkbox"/> 片顎 (<input type="checkbox"/> 上顎 <input type="checkbox"/> 下顎)	<input type="checkbox"/> 両顎 (連続撮影ご希望の場合はチェックを→ <input type="checkbox"/>)
	<input type="checkbox"/> スtentなし	<input type="checkbox"/> スtentあり (Wスキャン <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし)
	※目的歯の番号を○で囲んで下さい	
	上顎	右側 8 7 6 5 4 3 2 1 左側 1 2 3 4 5 6 7 8
下顎	8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8	
備考欄 (撮影範囲等に特殊な条件をご希望の場合は、必ずご記入下さい。)		

検査画像・ご請求先	CD-R	<input checked="" type="checkbox"/> DICOMデータ
	シミュレーションソフト	<input type="checkbox"/> 使用しない <input type="checkbox"/> 10DR <input type="checkbox"/> BoneNavi <input type="checkbox"/> BioNa <input type="checkbox"/> ノーベルガイド <input type="checkbox"/> ストローマンガイド <input type="checkbox"/> SIMPLANT <input type="checkbox"/> i-CAT <input type="checkbox"/> マイティスアローインプラント <input type="checkbox"/> その他 () ※推奨の撮影条件がございましたらご提示下さい
	※チェックのない場合は当院の推奨条件で撮影いたします。	
	お渡し方法	<input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 患者様へ当日お渡し
ご請求先	<input type="checkbox"/> 貴院へご請求 <input type="checkbox"/> 患者様へご請求	

この用紙を事前にFAXしてください

TEL 011-623-1131

FAX 011-623-1132

2023.12改訂

患者様検査予約票

- ・予約時間の20分前までにご来院下さい。
- ・検査所要時間は約15～20分です。

※ステント・ガイド等（撮影時に必要な場合）の装着は患者様ご自身にさせていただきます。

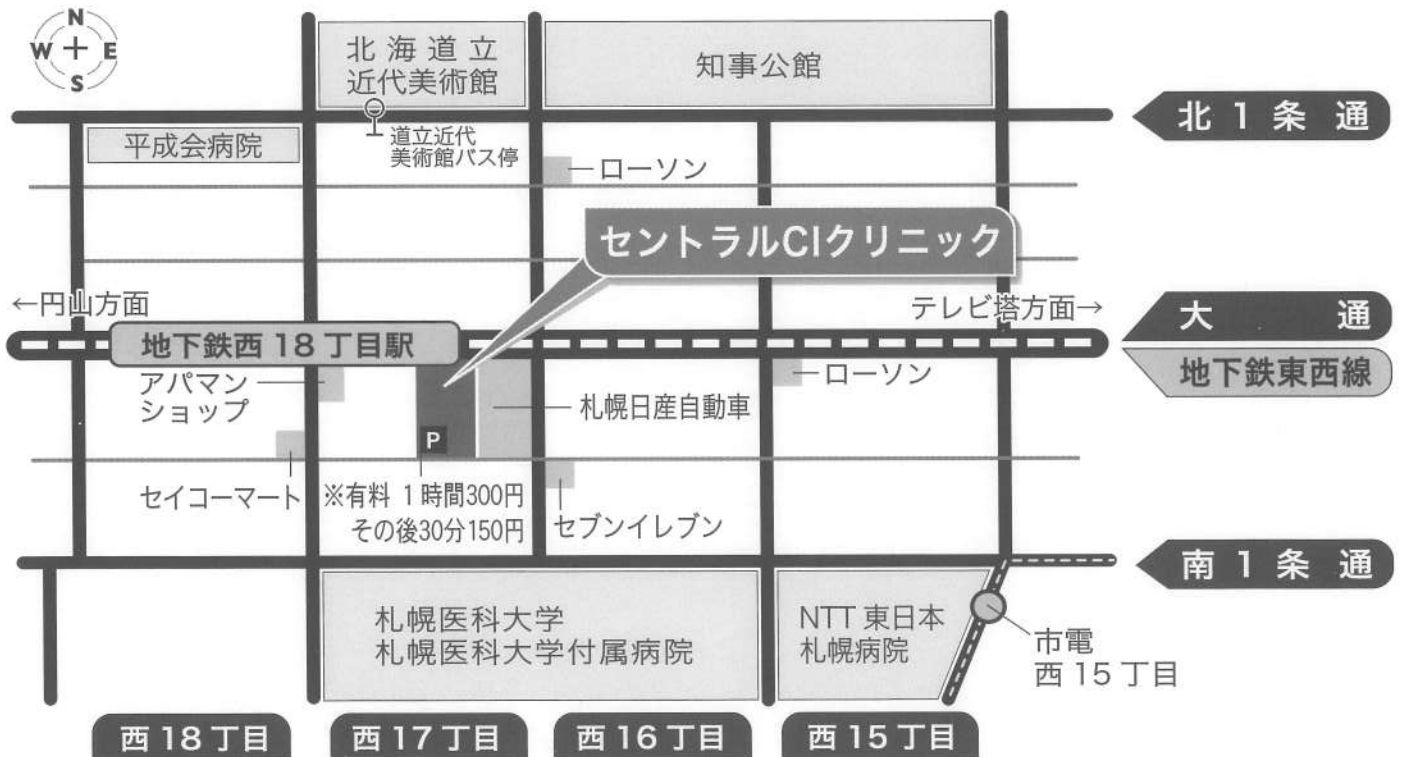
歯科施設で装着手順をご確認下さい。

※妊娠されている方、可能性のある方は事前にご連絡下さい。

フリガナ		男・女	生年月日	大・昭・平	年	月	日
お名前							
ご住所	〒			TEL	-	-	
検査日		月	日 ()	時	分	～	

※ 来院時間に遅れた場合は、他の患者様の検査を優先して行う場合がありますのでご了承下さい。

アクセス方法



ACCESS

- ▶ 地下鉄：東西線「西18丁目」6番出口直結
- ▶ 市電：「西15丁目」より徒歩5分

ご不明な点をご連絡下さい

〒060-0042

札幌市中央区大通西17丁目1-27 札幌メディアセンタービル1F

TEL 011-623-1131 FAX 011-623-1132

(駐車場はビルの裏口に立体駐車場がありますが有料となります。)



社会医療法人 積心会

セントラルCIクリニック

TEISHINKAI