

検査依頼票

<インプラント・顎関節用>

依頼元医療機関名	診療科名	ご担当医師

患者氏名	性別	生年月日
	男 ・ 女	M・T S・H 年 月 日生
電話番号	貴院カルテNo.	

予約専用フリーダイヤル： 0120-660-595

予約日時	患者様より直接予約する場合は下記にご記入ください。		
月 日 午前 午後	時 分	<貴院次回診療日> 月 日() 午前 午後	診察日未定

インプラント用CT検査 (自費検査)

1.撮影部位 (撮影部位を○で囲んでください。) **上顎 ・ 下顎 ・ 上下顎**

2.解析部位 (インプラント埋入位置を○で囲んでください。)

全歯解析		左側								左側							
	上顎	8	7	6	5	4	3	2	1	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

3.ステントの有無 (撮影時に用いる場合は有を○で囲んでください。なお、装着は貴院にて、または患者様ご自身でお願いいたします。)

有 ・ 無

4.解析方法

<input type="checkbox"/> フィルム (当院画像処理) :	<input type="checkbox"/> 横断面画像	<input type="checkbox"/> パノラマ画像	<input type="checkbox"/> クロスカット画像			
(※特にご指定がない場合は、全てのフィルムを出力いたします。)						
<input type="checkbox"/> 解析ソフト利用 :	<input type="checkbox"/> 10DR	<input type="checkbox"/> Bit Scan	<input type="checkbox"/> iCAT	<input type="checkbox"/> Dr.ジャパン	<input type="checkbox"/> IGS&IG	<input type="checkbox"/> 3D-Meister

* 画像データ (CDROM別途料金) : Jpg Bmp DICOM元画像

5.会計方法 (ご希望のお支払方法を○で囲んでください)

患者様が窓口でご清算 ・ 当院から貴院へご請求

顎関節MRI検査 (保険適応検査)

1.撮影部位 (撮影部位を○で囲んでください。) **両顎関節 ・ 左顎関節 ・ 右顎関節**

2.撮影方法 (撮影方法を○で囲んでください。) **閉口位 ・ 最大開口位**

3.撮影に関するご指示、その他留意点がございましたら、こちらにご記入ください

()

傷病名	経過・病歴・その他

検査依頼票

<インプラント・顎関節用>

依頼元医療機関名	診療科名	ご担当医師

患者氏名	性別	生年月日
	男 ・ 女	M・T S・H 年 月 日生
電話番号	貴院カルテNo.	

予約専用フリーダイヤル： 0120-660-595

予約日時	患者様より直接予約する場合は下記にご記入ください。	
月 日 午前 午後	時 分	<貴院次回診療日> 月 日() 午前 午後
		診察日未定

インプラント用CT検査（自費検査）

1.撮影部位（撮影部位を○で囲んでください。） **上顎 ・ 下顎 ・ 上下顎**

2.解析部位（インプラント埋入位置を○で囲んでください。）

全歯解析		左側								左側							
	上顎	8	7	6	5	4	3	2	1	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

3.ステントの有無（撮影時に用いる場合は有を○で囲んでください。なお、装着は貴院にて、または患者様ご自身でお願いいたします。）

有 ・ 無

4.解析方法

<input type="checkbox"/> フィルム（当院画像処理）	<input type="checkbox"/> 横断面画像	<input type="checkbox"/> パノラマ画像	<input type="checkbox"/> クロスカット画像			
（※特にご指定がない場合は、全てのフィルムを出力いたします。）						
<input type="checkbox"/> 解析ソフト利用	<input type="checkbox"/> 10DR	<input type="checkbox"/> Bit Scan	<input type="checkbox"/> iCAT	<input type="checkbox"/> Dr.ジャパン	<input type="checkbox"/> IGS&IG	<input type="checkbox"/> 3D-Meister

* 画像データ（CDROM別途料金）： Jpg Bmp DICOM元画像

5.会計方法（ご希望のお支払方法を○で囲んでください）

患者様が窓口でご清算 ・ 当院から貴院へご請求

顎関節MRI検査（保険適応検査）

1.撮影部位（撮影部位を○で囲んでください。） **両顎関節 ・ 左顎関節 ・ 右顎関節**

2.撮影方法（撮影方法を○で囲んでください。） **閉口位 ・ 最大開口位**

3.撮影に関するご指示、その他留意点がございましたら、こちらにご記入ください

()

傷病名	経過・病歴・その他

検査依頼票

<インプラント・顎関節用>

依頼元医療機関名	診療科名	ご担当医師

患者氏名	性別	生年月日
	男 ・ 女	M・T S・H 年 月 日生
電話番号	貴院カルテNo.	

予約専用フリーダイヤル： 0120-660-595

予約日時	患者様より直接予約する場合は下記にご記入ください。		
月 日 午前 午後	時 分	<貴院次回診療日> 月 日() 午前 午後	診察日未定

持参するもの 保険証 (インプラントCTの場合は不要です。) ・ 検査依頼表

- 当日は、所要時間はおおよそ1時間を目安にしてください。(診療の都合で多少お待たせする場合がございます。)

