

インプラントCT・顎関節MRI

検査依頼票

 **0120-660-595**

全歯解析のみです

- 予約電話受付時間：月～土 9:00～18:00
- 診療時間：月～土 9:00～18:00
- 休診日：日祭日・年末年始・お盆・その他

医療法人

九州画像診断クリニック

< 検査依頼票 >

紹介元医療機関名	診療科名	ご担当医師名
----------	------	--------

検査依頼 患者さま	
患者氏名(フリガナ)	生年月日
男・女	M・T S・H
年	月
日生	才
電話番号	—
住所 〒	職業

検査日 月 日	貴院次回診療日
検査予定時間 (午前・午後) 時 分	月 日 (午前・午後)
当院の来院時間 (午前・午後) 時 分	診察日未定
(問診と事前準備のため検査時間30分前にご来院お願い致します)	

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 (インプラント埋入予定位置を○で囲んでください)

全 歯 解 析	上 顎	右 側	左 側
	下 顎	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	

3. ステントの有無 有 ・ 無

4. ステントのみの撮影 有 ・ 無

5. 解析方法 (ご希望の解析方法に「レ」チェックを入れてください 但し1回の検査で1種類のみとさせていただきます)

☐ フィルム(当院画像処理) : ☐ 横断面画像 ☐ パノラマ画像 ☐ クロスカット画像

(※特にご指示がない場合は、全てのフィルムを出力いたします)

解析ソフト利用 : ☐ 10DR ☐ iCAT ☐ Nobel Guide ☐ Simplant ☐ その他〔 〕

画像データ(CD-ROM別途料金) : ☐ DICOM元画像

6. 会計方法 (ご希望のお支払い方法を○で囲んでください)

患者様が窓口でご精算 ・ 当院から貴院へご請求

保険診療

☐ 顎関節MRI (※両顎を閉口位・開口位で撮影致します)

☐ 顔面・歯科CT

傷病名

経過・病歴・その他

的確な検査が行われるよう下記の確認をお願いします

MRI検査の
できない方

- ペースメーカー留置の方 (当院は認定施設ではありません)
- 人工内耳の方
- 特殊埋め込み医療機器等されている方

- 妊娠初期の方
- 体内に金属が入っている方(非磁性体は可)
- インプラント・義歯で磁石が残るタイプの方 (磁力が弱くなる可能性があるため歯科へ確認)

■ 予約電話受付時間 : 月～土 9:00～18:00

■ 診療時間 : 月～土 9:00～18:00

休診日 (日祭日・年末年始・お盆・その他)

医療法人 九州画像診断クリニック

〒810-0073 福岡市中央区舞鶴1-1-7 モルティ天神ビル1F (昭和通り沿い)

TEL 092-737-4830

FAX 092-737-4831

フリーダイヤル 0120-660-595

＜ 検査依頼票 ＞

紹介元医療機関名	診療科名	ご担当医師名
----------	------	--------

検査依頼 患者さま	
患者氏名(フリガナ)	生年月日
男・女	M・T S・H
年	月
日生	才
電話番号	—
住所 〒	職業

検査日 月 日	貴院次回診療日
検査予定時間 (午前・午後) 時 分	月 日 (午前・午後)
当院の来院時間 (午前・午後) 時 分	診察日未定
(問診と事前準備のため検査時間30分前にご来院お願い致します)	

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 (インプラント埋入予定位置を○で囲んでください)

全 歯 解 析	上 顎	右 側	左 側
	下 顎	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	

3. ステントの有無 有 ・ 無

4. ステントのみの撮影 有 ・ 無

5. 解析方法 (ご希望の解析方法に「レ」チェックを入れてください 但し1回の検査で1種類のみとさせていただきます)

☐ フィルム(当院画像処理) : ☐ 横断面画像 ☐ パノラマ画像 ☐ クロスカット画像

(※特にご指示がない場合は、全てのフィルムを出力いたします)

解析ソフト利用 : ☐ 10DR ☐ iCAT ☐ Nobel Guide ☐ Simplant ☐ その他〔 〕

画像データ(CD-ROM別途料金) : ☐ DICOM元画像

6. 会計方法 (ご希望のお支払い方法を○で囲んでください)

患者様が窓口でご精算 ・ 当院から貴院へご請求

保険診療

☐ 顎関節MRI (※両顎を閉口位・開口位で撮影致します)

☐ 顔面・歯科CT

傷病名

経過・病歴・その他

的確な検査が行われるよう下記の確認をお願いします

MRI検査の
できない方

- ペースメーカー留置の方
(当院は認定施設ではありません)
- 人工内耳の方
- 特殊埋め込み医療機器等されている方

- 妊娠初期の方
- 体内に金属が入っている方(非磁性体は可)
- インプラント・義歯で磁石が残るタイプの方
(磁力が弱くなる可能性があるため歯科へ確認)

■ 予約電話受付時間 : 月～土 9:00～18:00

■ 診療時間 : 月～土 9:00～18:00

休診日 (日祭日・年末年始・お盆・その他)

医療法人 九州画像診断クリニック

〒810-0073 福岡市中央区舞鶴1-1-7 モルティ天神ビル1F (昭和通り沿い)

TEL 092-737-4830

FAX 092-737-4831

フリーダイヤル 0120-660-595

< 検査依頼票 >

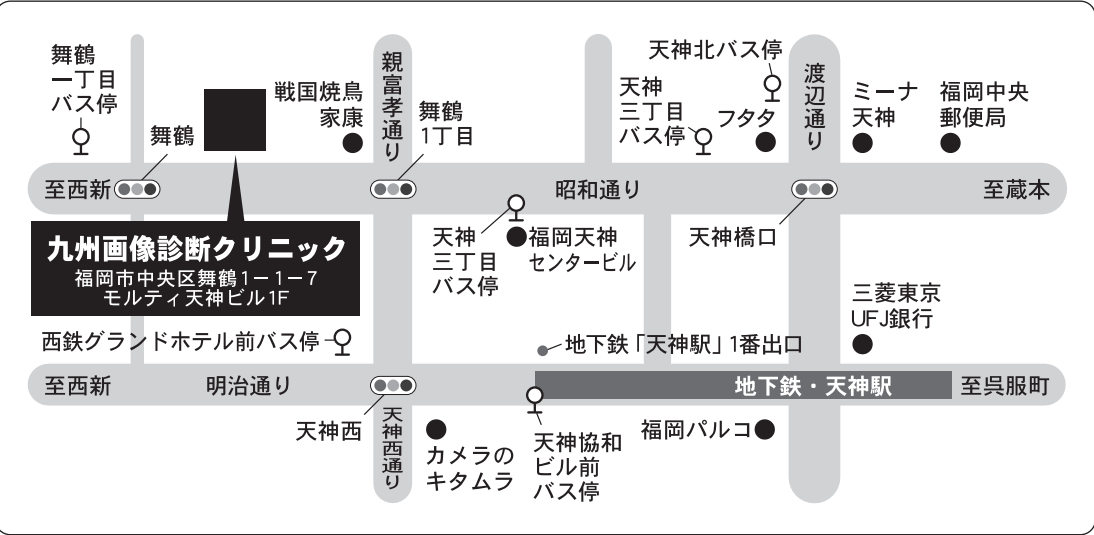
紹介元医療機関名	診療科名	ご担当医師名

検査依頼 患者さま	
患者氏名(フリガナ)	生年月日
	男・女 M・T S・H 年 月 日生 才
電話番号	
住所 〒	職業

検査日 月 日	貴院次回診療日
検査予定時間 (午前・午後) 時 分	月 日 (午前・午後)
当院の来院時間 (午前・午後) 時 分 (問診と事前準備のため検査時間30分前にご来院お願い致します)	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) ・ 検査依頼票

●当日の、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もございます)



- 交通手段
- 電車でお越しの方
 - ・西鉄天神大牟田線「西鉄福岡(天神)駅」北口から徒歩10分
 - ・福岡市地下鉄空港線「天神駅」1番出口から徒歩5分
 - バスでお越しの方
 - ・天神北バス停下車→昭和通りを西新方面へ徒歩5分
 - ・天神三丁目、舞鶴1丁目バス停下車→徒歩1〜5分(昭和通り経由)
 - ・天神協和ビル前、西鉄グランドホテル前バス停下車→徒歩5分(明治通り経由)
 - お車でお越しの方
 - ・駐車場は地下にあります。中央分離帯がありますので、西新方面よりお越しください。
 - ・サービス券をお渡しいたしますので、受付窓口へ駐車券をお持ちください。
 - ・ビル内にバイク・自転車の駐輪場はありませんので、近くの駐輪場をご利用ください。