

インプラント用クロスカットCT検査申込書兼診療情報提供書

紹介元医療機関名	
住所・郵便番号	
電話番号	
FAX番号	
紹介医師名	

ふりがな				生年 月日	明・大・昭・平 年 月 日()歳	男・ 女
患者様氏名	様					
患者様住所	〒					
TEL	() -	携帯	() -			
恵佑会 受診履歴	なし	あり(歯科)	あり(医科)			

【予約内容】

検査日	年 月 日 午前・午後 時 分	※ お電話にて決定された日時を記入願います
撮影部位	上顎骨 下顎骨	※ 撮影部位を必ず選択願います
備考 〔依頼内容〕	撮影時サージカルステントの持参 (有 ・ 無)	

※ サージカルステントを装着での撮影希望の場合、必ず患者様にサージカルステントの持参をお願いします。
サージカルステントを持参いただけない場合、撮影ができませんのでご注意ください。

【画像出力】 基本画像種: Axial像 ・ Coronal像 ・ 2mmピッチCross-cut ・ 骨ボリュームレンダリング

選択	フィルム(クロスカットのみ) CD-R(全て)	CD-R(全て)	NET配信	その他:
----	----------------------------	----------	-------	------

※ NET配信は恵佑会と提携している必要があります。詳しくはホームページ、電話にてお問い合わせください
 ※ NET配信では当日。他の出力は翌日の郵送となります。
 ※ NET配信、CD-RはDICOMビューワー付です。計測、拡大等が可能です。

恵佑会札幌病院使用欄 予約仮ID番号 _____
 (記入する必要はありません) 正規ID番号 _____

(点線以下の部分を切り離してお使いください)

恵佑会札幌病院からのご連絡

様 生年月日 年 月 日

下記の日時に歯科CT検査のご予約を承りました。
 受診の際にはこの用紙を受付にご掲示ください。
 検査当日は予約時間30分前には受付を済ませるようお願い致します。

歯科CT検査予約:平成	年	月	日	午前・午後	時	分
-------------	---	---	---	-------	---	---



地域医療連携室
 011-863-8800
 札幌市白石区本通14丁目北1-1