

## 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 |     |     |  |
| 郵便番号・住所  | 〒   |     |  |
| 電話・FAX番号 | TEL | FAX |  |
| 紹介医師名    |     | 科   |  |

|             |     |   |        |     |         |        |         |     |
|-------------|-----|---|--------|-----|---------|--------|---------|-----|
| フリガナ        |     |   |        | 生年  | 大・昭・平・令 |        |         | 男・女 |
| 患者様氏名       | 様   |   |        | 月 日 | 年       | 月      | 日 ( ) 歳 |     |
| 患者様住所       | 〒   |   |        |     |         |        |         |     |
| TEL         | ( ) | - | 携帯     | ( ) | -       |        |         |     |
| 恵佑会<br>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<br>〔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 | 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、CD-RはDICOMビューワー付です。計測、拡大等が可能です。

※ NET配信では当日。他の出力は翌日の郵送となります。

恵佑会札幌病院使用欄  
(記入する必要はありません) 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にお願い致します。

**歯科CT**

CT検査予約: 西暦 年 月 日 午前・午後 時 分



社会医療法人  
恵佑会札幌病院

地域医療連携室  
011-863-8800  
札幌市白石区本通9丁目南1-1