

# 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 月日	大・昭・平・令 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との持参 ( 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 ID番号 \_\_\_\_\_  
(記入する必要はありません)

(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



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14丁目北1-1