恵佑会札幌病院　地域医療連携室　宛
TEL　011-863-8800
FAX　011-863-5666

申込日　　西暦　　年　　月　　日

# 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 | 男・女 |
| 患者様氏名 | 様 | | 年　月　日（　）歳 | |
| 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
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
※ フィルム出力の場合、フィルム代が加算されます。
※ 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。
※ 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14丁目北1-1