

CT 撮影の依頼を受けます

当院では、歯顎顔面コンビーム CT、Kavo 社製 3D exam-i を導入しています。この機種の特徴は、被曝線量が最小クラスである。また、CT 値が医科用 CT と同程度の精度を持っているため、術前術後の比較や経時的変化を診断する時に、同条件での比較が可能です。

DICOM 形式のデジタルデータを、CD-R に入れてお渡しします（フィルムでの出力は行っておりません。また、個人情報保護の観点からネット経由でのデータの受け渡しも行っていません）。viewer-soft をご希望の場合は、CD-R に同包します。また、当方では撮影のみで、診断は行っていません。

インプラント埋入における術前後の診断は、健康保険非適用ですが、2010 年 12 月より一部疾患で健康保険が適用になっております。

■ CT 撮影ご予約方法

1. 当院にご予約のお電話【011-816-8555】を下さい。
2. CT 撮影依頼書（インプラント用、保険診療用のいずれか）にご記入いただき、FAX【011-816-8554】してください。
3. 患者様お渡し用紙に必要事項を記入し、患者様にお渡し下さい（当日ご持参）。
4. CT 撮影用のマントを装着して撮影する場合は、患者様に装着法をしっかりと指導して下さい。また適合等の調整は当方では行っていません。宜しくお願いします。

■ CT 撮影料金

インプラントの場合

- ・ 同日一回の撮影（上下顎、または片顎） ￥7.000（税別）
- ・ ダブルスキャン等で同日 2 回撮影する場合 ￥10.000（税別）

例）上下顎同時撮影 ￥7.000（税別）、同日上下別々撮影 ￥10.000（税別）、上下同時撮影 + w スキャン ￥10.000（税別）

個々の具体的なケースにつきましては、予約の電話時にお問い合わせ下さい。

料金のお支払いは、当日患者様にお支払いいただく、または月末締めで歯科医院様に請求書をご送付いたしますのでお振り込みを頂く（振り込み手数料は、担当歯科医院様負担でお願いします）のいずれかを選択してください。健康保険証は不要です。

健康保険適用の疾患の場合

厚労省通知で、初回 CT 撮影はできないため、疾患によりパノラマまたはデンタルの撮影は行わせていただきます。

料金（初診料 + パノラマ 402 点またはデンタル 58 点 + CT 撮影料（コンビーム方式）600 点 + 診断料 450 点 + 電子画像管理加算 120 点で、合計 1.790 点または 1.446 点）は、患者様より当院でお支払い頂きます。患者様に健康保険証の持参を指示してください。

検査依頼 FAXーインプラント用 CT 撮影
紹介先: 東札幌緑の杜歯科クリニック

Fax(011)816-8554

貴医院名		担当医名	
住所			
Tel	<input type="checkbox"/>	FAX	

◇ フリガナ

患者様氏名 _____ 性別 男 女

生年月日 大正 昭和 平成 年 月 日

◇ 予約日時(予め電話予約をお願いします。Tel011-816-8555)

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分

◇ 検査料金の請求

当日患者様お支払い 歯科医院様にご請求

◇ 検査部位

上下顎 下顎 上顎

埋入予定部位に○をお願いいたします。

7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7
7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7

◇ 撮影用ステントの有無

ステントあり ステントなし

(*ありの場合、事前に患者様に装着方法の指導をお願いします。)

◇ ご利用になるシミュレーションソフトがあればチェックしてください。 ソフトなし

ノーベルガイド

(Wスキャンあり Wスキャンなし)

i-CAT 10-DR SimPlant BoneNavi IGS

Bit-Scan その他のソフト()

◇ その他(撮影に特別な条件をご希望の場合には、必ずご記入をお願いします。)

--

◇ データ出力方法

CD-R(DICOM データのみ) CD-R(DICOM データ+ viewer-soft)

(* viewer-soft でのご利用には windows パソコンが必要です。埋入シミュレーションはできません。)

◇ CD-R の送付方法

郵送 患者様お持ち帰り

別紙2(検査依頼 FAX 申込用紙) 歯科疾患 CT 撮影(健康保険適用)

紹介先: 東札幌緑の杜歯科クリニック

Fax(011)816-8554

貴医院名		担当医名	
住所			
Tel	<input type="checkbox"/>	FAX	

◇ フリガナ

患者様氏名 _____ 性別 男 女

住所 _____

生年月日 大正 昭和 平成 年 月 日

◇ 予約日時(予め電話予約をお願いします。Tel011-816-8555)

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分

◇ 傷病名

◇ 撮影部位

上下顎 上顎 下顎 右顎関節 左顎関節

◇ 既往歴

HBV(+) HCV(+) HIV(+) その他感染症

◇ 現病歴、撮影方法など

◇ データ出力方法

CD-R(DICOM データのみ) CD-R(DICOM データ+ viewer-soft)

(* viewer-soft でのご利用には windows パソコンが必要です。)

◇ CD-R の送付方法

郵送 患者様お持ち帰り

(郵送の場合は、郵送料は着払いとなります)

撮影当日までに、FAX してください。Fax 011-816-8555

患者様お渡し用

お名前 _____ 様

CT 撮影予定日時は

平成 年 月 日 (曜日) 時 分

となっております。

- 撮影開始時間10分前までにお越し下さい。
- 当日、遅れる場合は、直接当方（下記）までご連絡下さい。
- 撮影予約日を変更の場合は、担当の歯科医院および当方（下記）にご連絡をお願い致します。
- インプラントのCT撮影の場合、保険証の持参は不要です。また、一部の疾患でCT撮影の場合、健康保険が適用されます。保険証の持参については担当の歯科医院の指示に従ってください。
- 料金につきましては担当歯科医院よりご説明されている通りです。
- 食事制限等はありません。
- 撮影時間はおよそ5分程で終了致します。
- 状況により検撮影開始時間が前後する事がありますが、ご了承をお願い致します。
- 撮影データは、お持ち帰り頂くか、または後日担当歯科医院に郵送いたします。
- 尚、不明な点等につきましては、担当歯科医院又は当方（下記）までお気軽にお問い合わせ下さい。

東札幌緑の杜歯科クリニック

札幌市白石区東札幌3条1丁目2-1

(ライオンズステーションタワー東札幌1F)

電話011-816-8555

地下鉄東西線東札幌駅徒歩1分

駐車場はマンションのイース札幌側に

5台分有り

