

当科でインプラント用 CT（自費）をご依頼いただく場合、撮影をスムーズにおこなう為以下の内容をご確認のうえ必要事項をご記入いただき撮影時に患者さんにご持参いただけるようお願いいたします。
検査当日は、歯科外来窓口にご来られるようお願いいたします。

患者氏名 _____ 様

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 性別 男・女

[インプラント埋入予定部位（歯式）] _____

[撮影希望範囲] 上顎のみ ・ 下顎のみ ・ 上下顎

[撮影用ステント] 有 ・ 無

[データ Disc の受け取り方] 患者さんに渡す ・ 後で歯科医院スタッフが受け取る ・ 郵送
(患者さんに同日お渡しする場合には 30 分以上かかる場合があります。郵送は別途料金が必要です。)

データ Disc は DICOM ファイルになりますので、DICOM ビュワーが必要です。簡易ビューワーは Disc に一緒に入っていますが、フリーウェアをダウンロードしてご使用いただくことも可能です。

料金はインプラント予定部位ではなく、撮影範囲によって決まります。上顎または下顎のみは 8000 円＋税、上下顎では 12000 円＋税になります。事前に患者さんにご説明をお願いいたします。Disc の郵送をご希望の場合には 400 円＋税の追加料金が必要です。3D 処理等特別なデータ処理をする場合 (SimPlant、iCAT、10DR、ノーベルガイド など)は必ず当用紙にご記入ください。

特別なご指示がない場合は、撮影範囲の 3 方向直交（水平断、前額断、矢状断）骨条件 1mm スライス画像の DICOM ファイルのみとなります。自院で 3D ビュワーをご使用される場合は骨条件水平断 0.5mm スライスの DICOM ファイルとなりますので、依頼書に書き添えてください。

撮影料は予告なく変更される場合があります。検査予約の際にご確認ください。

検査のご予約は当科直通電話をご利用ください。(歯科直通 TEL 025-231-1670)

上記内容を確認のうえ撮影を依頼いたします。尚、受け取った患者情報は当院で責任を持って管理いたします。

年 月 日

依頼者 歯科医院名

歯科医師