

■ 依頼元コード：

予約 TEL 0120-786-055

診療時間

依頼票 FAX 03-6202-3377

月～土 9:00～21:00
日・祝 9:00～19:00

ご予約の方法1 先生からご予約の電話をいただく場合

- 手順1・・・ご予約は0120-786-055へお電話下さい。
- 手順2・・・検査予約日時を決定し、依頼票の下記項目をご記入下さい。
- ① 患者様情報、② 貴院情報、④ 来院予約日時
- 手順3・・・⑤ 撮影位置、インプラント埋入予定位置をご記入下さい。
- 手順4・・・⑥ 画像出力媒体、画像処理、送付先をご記入下さい。
- 手順5・・・⑦ その他指示、⑧ お支払い方法をご記入下さい。
- 手順6・・・2枚目の撮影予約票を患者様にお渡し下さい。
- 手順7・・・1枚目を03-6202-3377へFAX送信下さい。

【FAX送信ができない場合】

1枚目を封をした状態で患者様にお渡しいただき、
検査当日に2枚目と一緒にご持参いただくようお願いください。

ご予約の方法2 患者様よりご予約の電話をいただく場合

- 手順1・・・ご診察中に検査の内容を決定し、依頼票の下記項目をご記入下さい。
- ① 患者様情報、② 貴院情報、⑤ 撮影位置、⑥ 画像出力媒体、⑧ お支払い方法
- 手順2・・・③ 患者様からご予約の電話をいただく場合の欄をチェックをいれ、
撮影部位、貴院次回診察日をご記入下さい。
- 手順3・・・2枚目の撮影予約票を患者様にお渡し下さい。その際、ご予約は患者様ご自身がお電話にて
行っていただくようご説明をお願いいたします。
- 手順4・・・1枚目を03-6202-3377へFAX送信して下さい。(なるべく予約後すぐをお願いいたします。)
FAX送信ができない場合には、ご予約の方法1の【FAX送信ができない場合】にて、ご予約下さい。

1

貴院カルテ番号

フリガナ

氏名

生年月日

性別

男・女

連絡先(日中連絡がとれる電話番号 なるべく携帯番号をお願いします)

TEL

携帯・自宅・勤務先

住所

撮影依頼票 インプラント術前用CT撮影

医療法人社団 豊智会 八重洲クリニック



依頼元コード

2

依頼元医療機関名
(依頼元所在地)

ゴム印を押してください。

電話番号

診療科

ご担当医師名

3

患者様からご予約のお電話をいただく場合

撮影部位

貴院次回診察日

月

日

午前・午後

未定

4

来院予約日時

月

日

曜日

午前
午後

時

分 来院

5 撮影部位、インプラント埋入予定位置

・撮影部位(上顎・下顎)に○をお付けください。 ※両顎の場合は上顎と下顎の両方に○をお付け下さい。

・インプラント埋入予定位置には○印で、金属(治療歯)には△印で、数字を囲んでください。(必須)。

○印		右側	左側
	上顎	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8
	下顎	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8

ステントの有・無

有・無

6 画像出力媒体、画像処理、送付先

○印	指示欄
	従来どおり
	今回のみ以下に変更
	今後は以下に変更

※当クリニックでは、各依頼元からの出力媒体、画像処理に関するご要望を登録し、登録内容に沿って撮影を行います。

「従来どおり」とは、登録内容に沿った、出力媒体・画像処理を行うことです。

※「今後は以下に変更」を選択された場合は、登録内容の変更を行います。

【変更内容】

○印	画像出力方法	指示欄	クロスカット像のスライス間隔 (○で囲んでください)	送付先 (○で囲んでください)
	フィルム	クロスカット像の作成 (頬舌方向断像)	1mm・2mm	貴院へ・その他()
	CD Jpeg		1mm・2mm	貴院へ・その他()
	CD DICOM		1mm・2mm	貴院へ・その他()
	シムプラント	シムプラント用として 処理します。	クロスカット像なし	マテリアライズ・デンタル・ジャパンへ 貴院へ・その他()
	CD DICOM	DICOM生(水平断像)・OSIRIX用	クロスカット像なし	貴院へ・その他()
	10DR	10DR用として処理します。	クロスカット像なし	当院より10DRへアップロード
	iCAT	iCAT用として処理します。	クロスカット像なし	貴院へ・その他()
	ノーベルガイド	ノーベルガイド用として処理します。	クロスカット像なし	貴院へ・その他()
	その他	()		貴院へ・その他()

7 撮影方法、出力方法に関するご指示や留意点がございましたら、下記にご記入願います。

8 料金のお支払方法を○で囲んでください。

患者様が当院窓口でお支払

・ 当院から貴院へご請求

(当クリニック記入欄)

(照射録)

医師名:

技師名:

(

KV

mA

sec)

予約 TEL 0120-786-055

FAX 番号 03-6202-3377

① 貴院様控え・当院用

1

貴院カルテ番号

フリガナ

氏名

生年月日

性別

男・女

連絡先(日中連絡がとれる電話番号 なるべく携帯番号をお願いします)

TEL

携帯・自宅・勤務先

住所

撮影予約票 インプラント術前用CT撮影



2 依頼元コード

依頼元医療機関名
(依頼元所在地)

ゴム印を押してください。

電話番号

診療科

ご担当医師名

3 患者様からご予約のお電話をいただく場合

撮影部位

貴院次回診察日

月 日 午前・午後 未定

4 来院予約日時

月 日 曜日 午前 午後 時 分 来院

受診者の方へ

- 4の来院予約日時までにご来院をお願いいたします。
- 当日はこの予約票をご持参ください。
- 安全のために、下記質問にお答えください。

女性の方のみ、妊娠の可能性はありますか？ (はい ・ いいえ ・ わからない)

※撮影に関してご不明な点や質問がございましたら、お気軽に当クリニックまでお問い合わせください。
※お支払にはVISA・MASTER・JCB・AMEXのクレジットカードがご利用いただけます。

ご案内地図 ※ 当院専用の駐車場はございません。 お車で越しの方は、お近くの有料駐車場をご利用ください。



医療機関名 八重洲クリニック
 所在地 東京都中央区日本橋 2-1-18 C-road Bldg 4F
 電話番号 0120-786-055

最寄駅 JR東京駅 八重洲北口より 徒歩5分
 東京メトロ 日本橋駅 A3 出口より 徒歩2分
 日本橋駅 B3 出口より 徒歩3分
 B5 出口より 徒歩2分

②患者様用