

患者氏名

生年月日 年 月 日 性別 男・女

電話番号

住所

画像検査申込書(診療情報提供書)

当院ID  検査予約 **0120-343-823**

紹介元医療機関名

ご担当医師名

■自由診療お支払方法(保険診療は患者支払のみ)

貴院ご請求  患者支払

■検査予約日時

平成 年 月 日 時 分

■結果希望日

平成 年 月 日 午前・午後

**自由診療(インプラント術前CT)**

①撮影部位  上顎  下顎  両顎

|    | 右顎              | 左顎              |
|----|-----------------|-----------------|
| 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 |

②撮影方法  咬合水平  FH平面  OMライン

※原則は、【咬合水平】で撮影となります。

③ステント  有  無

④画像処理

|   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> A. 当院解析<br>■解析位置<br><input type="checkbox"/> フルマウス<br><input type="checkbox"/> 部分解析<br>■出力方法<br><input type="checkbox"/> フィルム<br><input type="checkbox"/> CD-R | <input type="checkbox"/> B. 解析会社ご利用<br>■ご利用メーカーをご記入下さい<br>( )<br>■ステント撮影(サージカルガイド作成用)<br><input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無<br>■画像CD送付方法<br><input type="checkbox"/> 画像解析会社へ <input type="checkbox"/> 貴院へ<br><input type="checkbox"/> 患者様お持ち帰り |
|---|---|

⑤特記事項 ( )

**保険診療**

①検査内容  MRI  CT

②造影  有  無

※造影有の場合  
別途「造影検査同意書」の記載が必要になります。

|  |   |
|--|---|
| ③撮影部位<br><input type="checkbox"/> 頭部<br><input type="checkbox"/> 顎関節<br><input type="checkbox"/> 心臓<br><input type="checkbox"/> その他<br>( ) | ④検査手技<br><input type="checkbox"/> 単純<br><input type="checkbox"/> 造影 |
|--|---|

⑤傷病名・紹介目的・既往歴

病状経過及び検査結果等、詳しくご記入を宜しくお願い致します。

**MRI**

- 体内金属(心臓ペースメーカー・人工内耳・脳動脈クリップ)
- 感染症 ( )
- 入れ歯(磁石で固定するタイプ)インプラント等
- 薬剤アレルギーの既往
- 喘息・小児喘息
- 腎機能 クレアチニン(Cr)値( )
- 妊娠初期(16週以内)もしくは妊娠の可能性

有・無 有の場合、検査不可場合があります。要相談。

有・無 有の場合、場所・時期によって検査ができない場合があります。

有・無 有の場合、安定性が低下する危険性あり。お電話下さい。

有・無 有の場合、造影できないことがあります。

有・無 有の場合、原則造影禁忌。お電話下さい。

有・無 Cr値1.5以上の場合、造影禁忌。透析の方は不可。

有・無 有の場合、原則検査不可。

**CT**

- 喘息・小児喘息
- 糖尿病薬の服用(薬品 )
- 腎機能 クレアチニン(Cr)値( )
- 妊娠の可能性

有・無 有の場合、原則造影不可。

有・無 造影検査の方でビグアナイド系糖尿病薬を服用されている場合、検査日の前後2日間(計5日)は服用禁止。

有・無 Cr値1.5以上の場合、造影禁忌。透析の方は不可。

有・無 有の場合、原則検査不可。

# 検査を受診される患者様へ

- 検査時間の20分前にご来院下さい。
- ご来院からご帰宅まで、およそ1時間を目安にして下さい。
- 当日持参して頂くもの
  - ・保険証
  - ・ご紹介施設様からの紹介状(診療情報提供書)

## ①インプラントCT検査を受診される方へ

- 当日持参して頂くもの  
ステント(入歯)をお預かりされている方はお持ち下さい。
- 検査費用  
手技により異なりますので、ご依頼の医療機関様へご確認下さい。

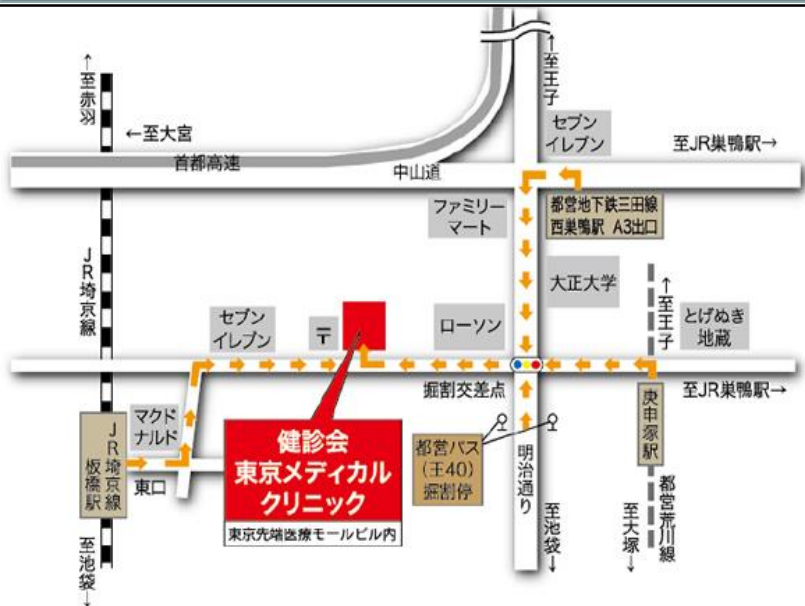
## ②上記以外のMRI・CTを受診される方へ

| ●検査費用 | 単純検査    |         | 造影検査    |          |
|-------|---------|---------|---------|----------|
|       | 1割負担    | 3割負担    | 1割負担    | 3割負担     |
| MRI   | 約3,000円 | 約8,500円 | 約5,500円 | 約15,500円 |
| C T   | 約2,500円 | 約7,500円 | 約4,500円 | 約12,500円 |

- 造影検査やお腹の検査を受けられる方
  - ・検査の6時間前から食事を摂らないようお願いします。
  - ・水やお茶は飲んで頂いて構いません。(脂質を含む乳製品は不可)
- ※造影検査で糖尿病の薬を服用中の方は、主治医にご相談下さい。
- 体内金属やペースメーカーがある方は、主治医にご相談下さい。

# アクセス

## ACCESS



- 板橋駅(JR埼京線)  
.....東口より徒歩7分
- 西巢鴨駅(都営三田線)  
.....A3出口より徒歩5分
- 王子駅(京浜東北・南北線)  
都営バス(王40)乗車  
掘割バス停下車徒歩3分



外観



空港のラウンジのような  
ゆったりとした待合室



cafe

東京先端医療モールビルの地下1階にお越し下さい。

### ●お車でお越しの方へ

- ・駐車場は御座いません。最寄りのコインパーキングをご利用下さい。
- ・カーナビの住所検索の際は、北区滝野川6-14-8で設定して下さい。

### ●お問合せ先

ご不明な点が御座いましたら下記までお問合せ下さい。

**0120-343-823**