

CT 検査依頼書一式

書類構成

1. 画像検査当日の流れ 2 枚

患者さんにお渡しください。

※検査日時の記入は紹介元でお願いします。

2. 画像検査依頼書（診療情報提供書） 1 枚

各医療機関にてご記載いただきますようお願い申し上げます。

患者さん用

※検査日時の記入は紹介元でお願いします。

日本大学松戸歯学部付属病院

放射線科

画像検査当日の流れ

画像検査当日の来院から終了までの流れについてご案内します。

当日をスムーズにお過ごしいただくため、あらかじめご確認ください。

1. 1階 総合受付

来院後は、まず1階の総合受付へお越しください。受付では、画像検査依頼書（診療情報提供書）およびマイナ保険証または資格確認証をご提示いただきます。受付後、必要に応じて問診票のご記入をお願いしています。

混雑状況によっては手続きに時間のかかる場合がありますので、検査時間の30分前までにご来院ください。

2. 2階 放射線科受付

総合受付がお済みになりましたら、2階の放射線科受付へお進みください。放射線科では、検査内容の確認とともに当日の注意事項について説明を行います。また、検査内容に応じて、妊娠の可能性やこれまでのご病気・アレルギーの有無、MRI検査の場合には体内金属の有無等について確認させていただきます。

3. 検査準備

検査にあたっては、内容に応じて準備を行います。必要に応じて更衣をお願いする場合があります。アクセサリーや入れ歯、ヘアピンなどの金属類は外していただきます。

4. 画像検査

検査時間の目安は以下の通りです。

- 口内法・パノラマエックス線検査・頭部エックス線規格撮影：5分程度
- CT検査：約5～10分
- MRI検査：約20～40分

※正確な画像を得るため、検査中はできるだけ動かないようにしてください。

5. 検査終了後

検査終了後は、更衣が必要な場合にはお着替えいただきます。特に体調に問題がなければ、そのまま帰宅できます。

患者さん用

※検査日時の記事は紹介元でお願いします。

6. 検査結果

検査結果（画像および読影結果）は紹介元の医療機関へお送りします。結果の説明は紹介元医療機関にて受けてください。

7. 注意事項

造影検査がある場合には、事前に食事制限をお願いすることがあります。また、MRI 検査においては、心臓ペースメーカーを使用している場合や体内に金属がある場合には、あらかじめお知らせください。小さなお子さまや閉所が苦手な場合も、事前にご相談いただくと安心です。

不明点がある場合は、事前に問い合わせるか、当日スタッフへ確認してください。

検査当日にご負担をいただく金額目安

保険診療料金

保険診療報酬点数表に準ずる。

保険外診療料金 【歯科用 CT(CBCT)および医用 CT(MDCT)】 (CD-R 込み)

片顎（上顎・下顎） ￥24,200（税込み）※^{1,2}

上下顎 ￥30,250（税込み）※^{1,2}

保険外診療料金 【MRI】 (CD-R 込み)

上下顎 ￥30,250（税込み）※^{1,2}

※¹ 初再診料は別途かかります。

※² CD-R を追加でご希望の場合は、1枚につき ￥3,630（税込）

8. アクセス

日本大学松戸歯学部 附属病院

〒271-8587 千葉県松戸市栄町西 2-870-1

TEL：047-360-7111

最寄り駅

- ・松戸駅（JR 常磐線快速・各駅停車）
〈東京メトロ千代田線直通〉・新京成電鉄
- ・南流山駅（JR 武蔵野線・つくばエクスプレス）

駅からバスをご利用下さい。

（徒歩の場合は北松戸駅西口より 20 分）



検査日時は 月 日 時 分です。

検査日当日は 30 分前までに 1 階総合受付 I にお越し下さい

CT検査依頼書（診療情報提供書）

依頼先	日本大学松戸歯学部附属病院 放射線科 担当医		記入年月日	年	月	日
フリガナ		性別	紹介元医療機関名:			
患者氏名		M・F	所在地: 〒			
生年月日	年	月	日	年齢 (歳)		
患者住所	〒					
電話番号	電話番号:					
	医師氏名: ⑩					

* 記入漏れがないようにおねがいたします。また、検査当日に連絡のつく電話番号をご記入ください。

CT: <input type="checkbox"/> 自由診療 <input type="checkbox"/> 保険診療	予約日: 年 月 日										
種別: <input type="checkbox"/> 医科用CT <input type="checkbox"/> CBCT	* 患者からではなく必ず医療機関よりご予約のお電話をお願いします。 なお、紹介元医療機関の休診日のご予約はご遠慮ください。										
傷病名:											
検査目的 (紹介目的):											
症状経過及び検査結果:											
既往歴及び家族歴:											
検査部位: <input type="checkbox"/> 全顎 <input type="checkbox"/> 片顎 (上顎・下顎) テンプレート (有・無)	<table border="1"> <tr> <td>部位</td> <td>右</td> <td>8 7 6 5 4 3 2 1</td> <td>1 2 3 4 5 6 7 8</td> <td>左</td> </tr> <tr> <td></td> <td>右</td> <td>8 7 6 5 4 3 2 1</td> <td>1 2 3 4 5 6 7 8</td> <td>左</td> </tr> </table>	部位	右	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	左		右	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	左
部位	右	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	左							
	右	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	左							
その他撮影及び画像処理に関するご指示:											
出力方法: <input type="checkbox"/> CD-ROMのみとなります	* 画像データは着払いにて貴医療機関宛にお送りいたします。										
妊娠の可能性: (有・無)	注) 有の場合、原則検査不可										
備考・(現在の処方等):											

* この様式を使用して紹介を行った場合、診療情報提供料(I)を算定できます。

* ご質問等ございましたらお問い合わせ下さい。