

Dental CT を依頼される歯科医師の皆様へ

インプラント術前検査、撮影のご案内

当院では病診連携を遂行しており、地域連携室を通じて申し込みご利用いただいております。

この度、歯科医師の先生方の診断、治療にお役に立つためにインプラント術前 CT 検査、撮影依頼の受け入れを開始しました。

貴歯科医院の放射線科として御活用いただければ幸いです。

使用装置は東芝社製 6 4 列マルチスライス CT で

最小スライス厚は 0.5mm の高精細な画像を提供可能です。

<撮影依頼から結果のお渡しまでの流れ>



歯科医院	患者様	当院
↓	↓	↓
当院ホームページの地域連携室ウィンドウから検査予約申込書をダウンロードし必要事項をお書きいただき、当院地域連携室宛 (0120-731-063) にFAXしてください。		
		検査日を決定し初診予約票を歯科医院へFAXします。
初診予約票と紹介状（診療情報提供書）を患者様へお渡しください。		
	検査日当日に初診予約票と紹介状（診療情報提供書）を持参し当院へお越しください。（撮影時間は5～10分です）	
		結果を歯科医院へ送付します。

<依頼内容記載時の注意>

右図（検査予約申込書）の CT 欄内『デンタル』にチェックをつけ（ ）内に歯の No を書き入れてください。

通常は原画像と MPR 像の結果をお渡ししますが、MPR 像が必要ない場合は原画のみと記載して下さい。

CT	造影希望： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無※有の場合は所定の同意書にて同意を得て、検査当日紹介状とともに持たせ下さい。また、下記の造影特記事項にもチェックをお願いします。
IP	<input type="checkbox"/> 脳、 <input type="checkbox"/> 頭頸部、 <input type="checkbox"/> 胸部、 <input type="checkbox"/> 上腹部、 <input type="checkbox"/> 腎・後腹部、 <input type="checkbox"/> 骨盤・膀胱、 <input type="checkbox"/> デンタル(歯No.)
影	<input type="checkbox"/> その他 ()
R	<input type="checkbox"/> 骨、 <input type="checkbox"/> ガリウム、 <input type="checkbox"/> 甲状腺、 <input type="checkbox"/> その他 ()

<検査当日の注意>

検査日当日はステントを装着しての検査となるため患者様にお渡しください。

<検査結果の引き渡し>

結果は CD-R に DICOM データとして保存します。

結果の引き渡しは郵送（通常翌日発送）となります。

<検査結果の閲覧>

画像データの閲覧は CT データの入った CD-R に DICOM free viewer の Apollo View lite を添付しておりますので、専用ソフトが無い場合でもこのソフトで閲覧、距離計測、角度計測が可能です。基本的にはフィルムは出力いたしません。フィルムが必要な場合は、その旨欄外に記載下さい。

当院ではフィルムレス運用を行っております。その旨、ご理解のうえご協力いただければ幸いです。

ご不明な点は当院放射線科へご連絡ください。 0957-52-3121 内線 3151