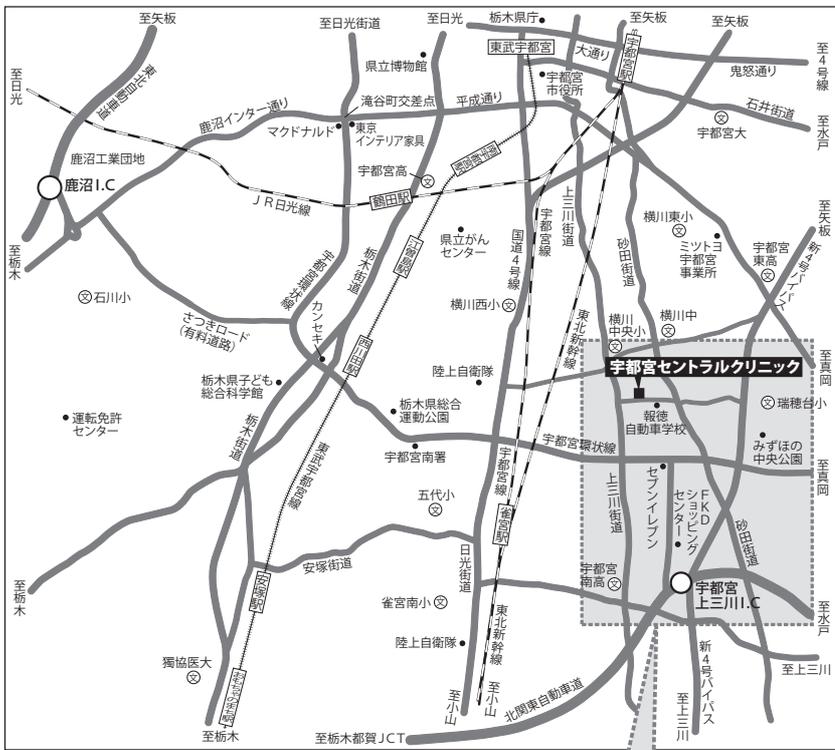


# 画像検査申込書(診療情報提供書)

予約日	平成 年 月 日 AM・PM 時 分	ふりがな 患者氏名	
貴医療機関名		住所	
医師名		電話番号 ( )	
①	撮影部位	上顎 ・ 下顎	
②	予定位置	右	左
	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
③	ステント	あり ・ なし	
※ステント装着は貴院もしくは患者様ご自身でお願いいたします。			
④	ご利用メーカー	あり ・ なし	
⑤	メーカー解析方法	<p>■ご利用のViewerメーカーを選択して下さい。 (メーカーにより撮影手法が異なります)</p> <p><input type="checkbox"/>ノーベルバイオケアジャパン  <input type="checkbox"/>iCAT  <input type="checkbox"/>10DR  <input type="checkbox"/>ユニークス(S2G)  <input type="checkbox"/>京セラメディカル  <input type="checkbox"/>エールジャパン  <input type="checkbox"/>その他  { }</p>	<p>■宇都宮セントラルクリニックが解析を行います。 解析部位を選択して下さい。</p> <p><input type="checkbox"/>インプラント予定位置のみ    <input type="checkbox"/>フルマウス</p>
	〔サージカルガイド作成〕	あり ・ なし	
※ステントのみの別途撮影			
⑥	画像出力	<p>■画像出力方法</p> <p><input type="checkbox"/>貴院へ(CD-R)郵送  <input type="checkbox"/>その他(ご記入下さい)  { }</p>	<p>■画像出力方法</p> <p><input type="checkbox"/>半切フィルム出力 (無料)  <input type="checkbox"/>A4紙プリント (無料)  <input type="checkbox"/>DICOMデータ 《CD-R》  <input type="checkbox"/>jpegデータ 《CD-R》</p>
⑦	臨床情報撮影方法	〔 〕	
※特殊な指示があれば、ご記入ください。			
⑧	お支払い	<input type="checkbox"/> 検査終了時、患者様へ直接ご請求 <input type="checkbox"/> 貴院へご請求(月末締め翌月払い)	





### アクセス方法

- 電車をご利用の場合  
JR大宮駅よりJR宇都宮駅まで東北新幹線で約30分。  
または、快速列車で約1時間。  
JR宇都宮駅よりタクシーで15分。
- バスをご利用の場合  
JR宇都宮駅(西口)9番のりば85番上三川行きバス  
ことぶき会館前下車。JR宇都宮駅より約20分。
- 自動車をご利用の場合

#### ■首都圏方面■



#### ■茨城方面■



- 診療受付時間 平日・土曜日 AM9:00 ~ AM11:45 / PM2:00 ~ PM5:45  
日曜日 AM9:00 ~ AM11:45
- 休診日 祝祭日・日曜日午後



医療法人DIC

## 宇都宮 セントラルクリニック

〒321-0112 栃木県宇都宮市屋板町561-3  
 TEL 028-657-7300 FAX 028-657-7301  
 PETセンター直通:  
 TEL 028-657-7306 FAX 028-657-5250  
 URL: <http://www.ucc.or.jp/>