

画像検査申込書(診療情報提供書)

予約日	平成 年 月 日	ふりがな	
	AM・PM 時 分	患者氏名	様

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
--	--------------	---------

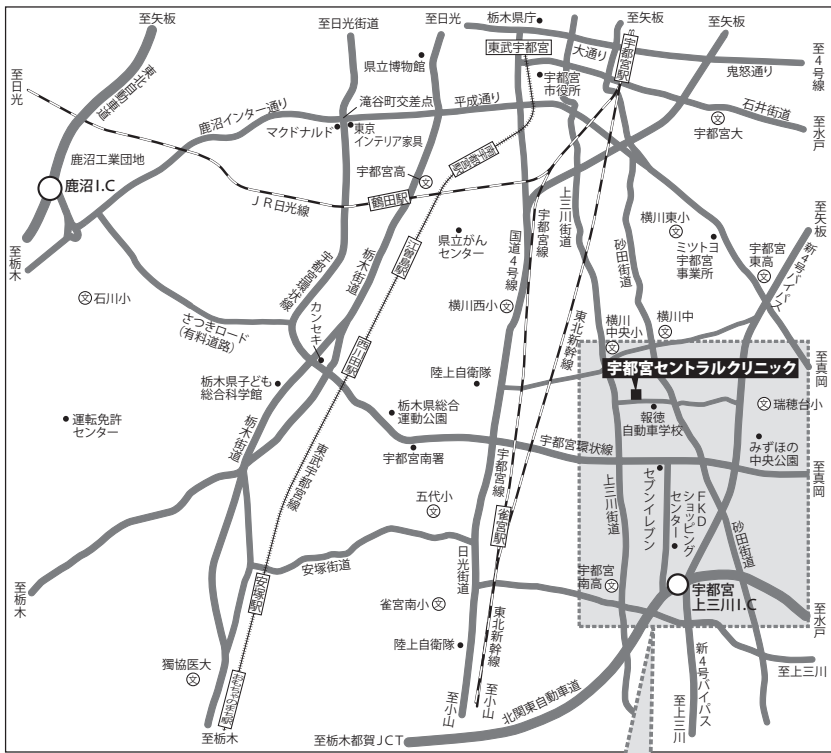
※ステントのみの別途撮影

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。

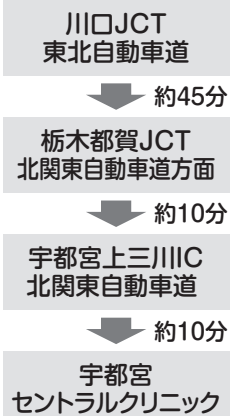
⑧	お支払い	<p><input type="checkbox"/>検査終了時、患者様へ直接ご請求 <input type="checkbox"/>貴院へご請求(月末締め翌月払い)</p>
---	------	--



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/>