

顎骨 CT 検査依頼のご案内 (インプラント術前CT検査)

検査予約の方法

検査は予約が必要です。

[「稲沢市民病院紹介患者予約依頼票（顎骨CT）」](#)に必要事項を記入し、地域医療連携室までFAXをお願いします。

概ね15分で「紹介患者予約票」をFAXで送付しますので、患者さまに渡していただき、予約時間の20分前に来院していただくよう説明をお願いします。

また、[「顎骨CT検査依頼票（インプラント術前CT検査）」](#)を必要事項記入のうえ患者さまに渡していただきますようお願いします。

《予約依頼票記入にあたって》

- 紹介元医療機関名、電話及びFAX番号
- 紹介患者さま 氏名、性別、生年月日、住所
- 予約希望日
- 検査部位
- 解析会社
- データ送付先、送付方法
- 撮影データ要否

費用

自費診療（保険適用外）になりますので、1撮影 約2万円になります。

予約連絡先

稲沢市民病院地域医療連携室

TEL（直通）0587-33-5021

（代表）0587-32-2111 内線2121、2122

FAX 0587-33-5022