

検査を依頼される先生へ

MDCT 検査料金・撮影依頼における注意事項

検査費用

22,000 円 (20,000 円 + 消費税 2,000 円)

* 片顎・上下問わず一律料金

検査依頼における注意事項

- 1) X線被曝について: 撮影には、X線被曝を伴います。その程度は、1年間に日本人が自然の放射線によって被曝する線量の、およそ半分位とお考え下さい。今回の検査が、診断と治療方針の決定に必要であることをご確認いただき、患者さんに説明・了承を得てください。
- 2) 検査担当者は曜日によって異なります。特定の歯科医師に、直接依頼されている場合を除き、「外来担当医」宛 で、ご依頼いただきますようお願い致します。
- 3) 検査のご予約は、貴施設(医療機関)からお願い致します。
患者さんからの予約はお受けしておりません。
- 4) 予約確認書: 検査予約をいただいた時点で予約確認書を FAX にてお送りします。
この確認書は、患者さんにお渡し頂き検査当日にご持参いただきますようご案内お願い致します。
- 5) 検査依頼書: 依頼書の必用事項をご記入いただき、上記予約確認書とともに当日持参するよう患者さんにお伝えください。
- 6) 検査結果報告: 検査結果は画像を収めた DVD と画像所見を送付致します。なお、検査終了後、再構築画像を作成するのに時間を要します。検査直後に結果をお渡しすることは、技術的に困難なため、検査結果がお手元に届くまで、1週間程度要します。
検査結果のお届け方法は、いずれかの方法をお選びください。
 - ① 貴施設(医療機関)に送付。
 - ② 直接のご来院による引渡し(医療機関の方による)
- 7) 予約変更・取消: 地域歯科医療連携室にご連絡いただき、氏名と予約日時をお伝えください。

以上、ご理解とご協力をいただけますよう、お願い致します。

お問い合わせ先 昭和医科大学歯科病院

検査に関するご質問 歯科放射線科(医師直通) 03-3787-1151 内線 212

歯科放射線科(受付) 03-3787-1151 内線 213

検査予約・郵送に関する確認 地域歯科医療連携室(直通) 03-5498-1954

受付時間 月曜日～土曜日 9:00-17:00