

## インプラント用 CT スキャン検査のお知らせ

第一なるみ病院では、予約 CT 検査を受け付けております。この検査は、まったく保険が使えませんので実費となります。費用は、CD-R 持込で 14000 円、フィルムが必要な場合はプラス 1000 円(2mm間隔出し)とさせていただきます。

**検査実施時間** 月曜日～金曜日 午前 9 時～12 時、午後 2 時～6 時 30 分

土曜日 午前 9 時～12 時、午後 2 時～5 時

(水曜日の午後は休診)

**予約受付電話** 052-876-8361(内線 306 レントゲン室)

**FAX 番号** 052-876-8202

**予約受付時間** 月曜日～土曜日 午前 9 時～18 時(水曜日午後は休診)

直接、レントゲン室で予約させていただきます。

検査日が決まりましたら「インプラント用 CT スキャン検査依頼票」に記入し、上記の番号へ FAX ください。(原本は、患者さま本人にお渡してください)

**CT 検査当日** 患者さまは、予約時間の 10 分程前に 1 階レントゲン受付までお出ください。このとき、「インプラント用 CT スキャン依頼票」と「CD-R」をお持ちいただくようお願いいたします。

問い合わせ先: 第一なるみ病院 レントゲン室

TEL 052-876-8361(内線 306)

FAX 052-876-8202