

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、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 ICAT ご利用の場合「インプラント用 CT スキャン検査依頼票」、SIMPLANT 等、その他のご利用は、当院ホームページ「医療連携」で入手可能な「CT スキャン検査依頼票」に記入し、上記の番号へ FAX をお願いいたします。

(原本は、患者さま本人にお渡しく下さい)

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越し下さい。なお、「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