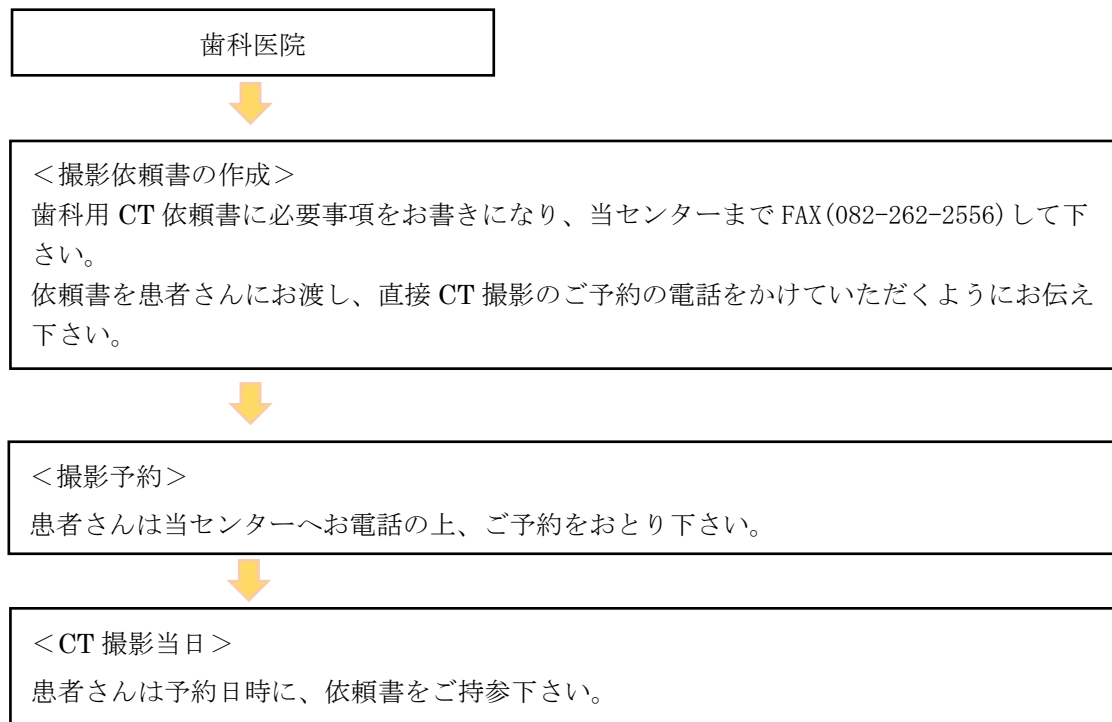


## 広島口腔保健センター 歯科用 3次元エックス線断層撮影料金について

令和2年4月1日更新

広島口腔保健センターでは、会員向け歯科用 3次元エックス線断層撮影 (CT 撮影) を有料で行います。歯科用 CT 撮影依頼書は、広島口腔保健センターで用意しておりますのでご連絡下さい。なお、撮影は1部位 (4歯程度) に限ります。バイトブロックに関しては使用不可の場合があります。

撮影オーダーは、以下の様な流れになっております。



### <CT データのお渡し>

撮影後、CT データを CD に作成します。CT データのお引渡し方法は、原則、撮影当日に患者さんへ手渡しといたします。手渡しが困難な場合は、その旨を申しつけいただければ郵送または宅配便にて着払いでの送付も可能です。

### <歯科用 CT 撮影における注意事項>

撮影に際して知り得た個人情報、個人情報保護法に基づき慎重な取り扱いを双方が行うこととします。

### <撮影後の CT データ閲覧>

CT データの入った CD には、CT データ閲覧用ソフトが添付されていますので、専用ソフトがインストールされていないパソコンでも、3D 画像をご覧になれます。(ヨシダ XeraSmart3D F)

当センターでは、読像所見の記載や画像のプリントアウトは行っておりません。

### <撮影料金および支払い方法>

・広島県歯科医師会員 ¥8,000(税込み)

料金は本会登録指定口座より『CT 撮影料金』の名目にて引き落としさせていただきます。

なお、CT 撮影には、保険適用外と保険適用の 2 種類があります。保険適用による CT 撮影を依頼された場合は、自院に CT 撮影の設備がなくとも依頼された歯科医院が以下の①～③の合計点数を請求可能です。

①歯科用 3次元エックス線断層撮影の写真診断：450 点

②歯科用 3次元エックス線断層撮影の撮影料：600 点

③電子画像管理加算：120 点

合計：1,170 点

# 広島口腔保健センター 歯科用 3次元エックス線断層撮影依頼書

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

<b>被撮影者情報</b>	
フリガナ	_____
氏名	_____殿 <u>男・女</u>
生年月日	大正・昭和・平成・令和 ____年 ____月 ____日
住所	〒 _____
電話番号	_____

<b>撮影オーダー</b>	
撮影部位	_____
撮影種別	<u>保険適用</u> ・ <u>保険適用外</u>
引き渡し方法	<u>お持ち帰り</u> ・ <u>郵送</u>
備考	_____

ご依頼元医療機関名	_____	担当歯科医師名	_____
ご依頼先住所	〒 _____		
お電話番号	_____	FAX 番号	_____

受付	撮影	直納	発送	請求
/	/	/		