

東京女子医科大学附属八千代医療センター
連携登録医療機関（歯科医） 各位

東京女子医科大学八千代医療センター
地域連携室
歯科口腔外科 片岡利之

画像連携システムのご案内

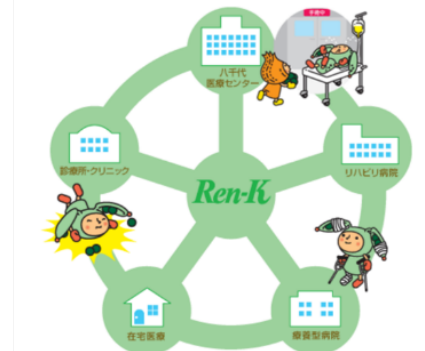
時下ますますご健勝のことと喜び申し上げます。

このたび八千代医療センターでは、歯科用コーンビーム CT を用いた「画像連携システム」を新たに構築し運用を開始いたしますのでご案内申し上げます。

地域医療連携の一環として、歯科用 CT の専用予約枠を設けて先生方からご依頼をいただいた患者さんの CT 検査を実施します。この連携システムは、保険診療の診療情報提供書（診療所⇄病院）を利用したものですので、自由診療は含まれません。依頼医療機関と当院の双方から診療報酬を請求します。疑義や返戻はご連絡いたしますが、誤りのないようにご注意ください。

円滑で間違いのない連携のために、専用の診療情報提供書（兼検査依頼状）を利用下さい。ご不明点は地域連携室までご連絡ください。

八千代医療センターは「急性期」に特化した「地域連携型医療」**Ren-K**を目指します。
複数の医療機関が、役割を分担し治療にあたる「地域連携型医療」



病院機能を十分に生かすために地域の医療機関と緊密に連携し、急性期医療を当院で行い、その後は必要に応じて他の病院等で治療を継続していくという地域連携型医療を目指します

撮影機器：

一般名称：	デジタル式歯科用パノラマ・断層撮影 X 線診断装置 アーム型 X 線 CT 診断装置
販売名：	トロフィーパン スマート オシリス 3D セファロ
製造販売元：	トロフィー・ラジオロジー・ジャパン株式会社
承認番号：	230AGBZX00125A01

撮影条件：

	撮影範囲 (cm)	スライス幅 (ボクセルサイズ)
1. 歯科疾患	5×5 cm	75um
2. 水平埋伏智歯	8×9 cm	150um



←歯科疾患（endo mode）で撮影した根尖病巣。
骨梁の微細構造まで、詳細に描出されます。
CDROM に同封する viewer は一般用 P C
（windows10 以上）で開けます。

東京女子医科大学八千代医療センター
地域連携担当
直通 047-458-6543



診療情報提供書 兼検査依頼状 -歯科用 CT 検査(CBCT)

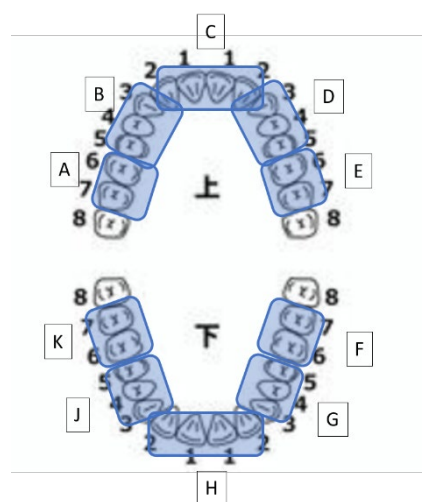
東京女子医科大学八千代医療センター 歯科口腔外科

▶ FAX 番号 047-458-6545

患者氏名: _____様
検査日時: 年 月 日
午後 時 分

医院名:
住所:
電話番号:
FAX 番号:
医師名:

検査病名	_____	☐ Per ☐ 歯根破折 ☐ P (分岐部病変) ☐ 水平埋伏智歯 ☐ 顎骨内病変 ☐ その他 (検査目的に記載して下さい)
検査部位	☐ 上顎 ☐ 下顎 ☐ みぎ ☐ ひだり	
検査目的	例) 側枝 (副枝) の精査のため	
個別の撮影条件、等を記載して下さい。	* 水平埋伏智歯は患者位置づけが異なります。 病名と検査部位、検査目的を必ず記載して下さい。	



＜検査を受けるときの注意＞

- * 食事制限はありません。 * 検査時間は5-10分程度で終了します。
- * 検査は予約制です。 * 妊娠している方はこの検査は受けられません。
- * 検査当日に来院できない時は必ず前日までにご連絡をお願い致します。
- * 緊急を要する患者さんの検査依頼が入った場合は予約時間が多少遅れる場合があります、あらかじめご了承ください。

検査部位の記号

＜検査当日の流れ＞

患者さん



八千代医療センター
外来棟 1 階 12 番受付



検 査



会計
5200 円
(自己負担 3 割の場合)

★診療情報提供書・★保険証・当院診察券 (お持ちの方) を持参ください
検査前準備がありますので、検査 20 分ほど前に来院してください

東京女子医科大学
八千代医療センター
地域連携担当
直通 047-458-6543

＜検査後の注意＞

- * 検査後に気になることがありましたら右記連絡先へお尋ねください。
- * 検査結果は後日依頼された医療機関の担当医師からお聞きください。



専用の検査依頼状を使用して下さい。医科病院ですので、歯科のことは不得手です。
検査技師や医療事務（診療報酬請求）で間違いのないためにご協力をお願いします。

東京女子医科大学八千代医療センター 歯科口腔外科

▶ FAX 番号 047-458-6545

医院受付からこの用紙
（検査時間以外の必要
部分を記載して）を
FAX してください。
20 分以内に返信し予
約時間を決めます。
検査日時・時間を書き
込んで患者さんにお渡
し、予約券として持参
するようにご説明くだ
さい。

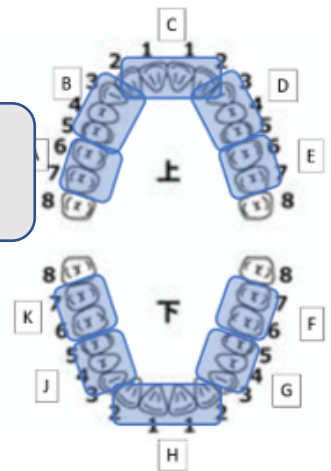
窓口対応可能時間
月曜日～金曜日
9 時 30 から
16 時 30 分まで

医院のハンコで構いま
せんが、結果を郵送し
ますので鮮明にお願
いします。

年 月 日
午後 時 分
住所：
電話番号：
FAX 番号：
医師名：

☐ Per ☐ 歯根破折 ☐ P（分岐部病変）
☐ 水平埋伏智歯 ☐ 顎骨内病変
☐ （検査目的に記載して下さい）

保険診療での医療連携です。保険算定に必要な部位と
歯科疾患（P, Per, WZ, RT など）を明確にお願いま



検査部位 ☐ 上 ☐ 下
検査目的 例）

個別の撮影条
件、等を記載
して下さい。

保険請求のために
必要です。間違え
ないように願
いいたします。

*水平埋伏智歯は患者位置づけが異なります。
名と検査部位、検査目的を必ず記載して下さい。

＜注意＞

＊検査時間は5-10分程度で終了します。
＊妊娠している方はこの検査は受けられま
＊できない時は必ず前日までにご連絡をお願い致しま

*緊急を要する患者さんの検査依頼が入った場合は予約時間が多少遅
あらかじめご了承ください。

検査部位の記号

撮影間違い、撮影
時間（位置づけ）
の短縮、のために
上図の記号を記載
して下さい。

＜検査当日の流れ＞

患者さん

★診療情報提供書・★保険証・当院診察券（お持ちの方）を持参ください
検査前準備がありますので、検査 20 分ほど前に来院してください

八千代医療センター
外来棟 1 階 12 番受付

検査

会計
5200 円
（自己負担 3 割の場合）

東京女子医科大学
八千代医療センター
地域連携担当
直通 047-458-6543

＜検査後の注意＞

*検査後に
顎関節は撮影範囲に入りませんのでご注意ください。
*検査結果
ご不明点は遠慮なくお問い合わせください。

