

①

貴院カルテ番号
フリガナ

氏名

生年月日 性別 男・女

連絡先 (日中連絡がとれる電話番号 なるべく携帯番号をお願いします)

TEL 携帯・自宅・勤務先

住所 〒

CT撮影依頼票 医療法人社団 近藤歯科医院

② 依頼元医療機関名
(依頼元所在地)

ゴム印を押してください

電話番号

ご担当医師名

③ 来院希望日時

① 月 日 / 午前・午後 時 分 来院

② 月 日 / 午前・午後 時 分 来院

例 10 月 10 日 / 午前・午後 10時 30分 来院

④ 撮影部位・インプラント埋入予定位置

- ・撮影部位(上顎・下顎)に○をお付け下さい。*両顎の場合は上顎と下顎の両方に○をお付け下さい。
- ・インプラント埋入予定位置には○印で金属(治療歯)には△印で、数字を囲んで下さい。(必須)
- ・撮影時にステントを用いる場合は、数字に×印をお付け下さい。

○印		右側								左側							
	上顎	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
	下顎	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

画像出力媒体は3DビューアとともにCDでのお渡しとなります。変更をご希望の場合は下記にご記入願います。DICOMデータとしてお渡しすることも可能です。

⑤ 撮影方法、出力方法に関するご指示や留意点がございましたら、下記にご記入願います。

⑥ 料金のお支払方法を○で囲んで下さい。

患者様が当院窓口でお支払 当院から貴院へご請求

(当クリニック記入欄)

医師名: _____

予約TEL⇒ 03-3212-8211 依頼票FAX⇒ 03-3212-8217

医療法人社団 近藤歯科医院