

加来歯科医院 御中
CT撮影依頼書

申込日 令和 年 月 日



私（当院）は、下記の患者につきCT撮影を申し込みます。
つきましては、撮影可能日時を至急ご連絡下さい。
※お急ぎの場合は、TEL(093-244-0134)にて、希望日時をお問い合わせ下さい。

医院名	
医師名	
医院住所	
TEL/FAX	
e-mail	
撮影患者 <small>(氏名,生年月日,住所,TEL)</small>	氏名 西暦 年 月 日 住所 TEL
撮影目的	インプラント(ステント ある なし) <input type="checkbox"/> 顎関節 <input type="checkbox"/> 歯周病 <input type="checkbox"/> その他()
撮影モード <small>(モードをお選びください)</small>	<input type="checkbox"/> インプラントモード <input type="checkbox"/> TMJモード <input type="checkbox"/> デンタルモード
撮影部位	
撮影詳細 (コメント)	
データ書き出し (CD-ROM)	<input type="checkbox"/> ソフト付きデータ 11000円
撮影希望日時	第一希望: 年 月 日(AM PM :) 第二希望: 年 月 日(AM PM :) ※木、日祝祭日を除くAM9:00～12:00、14:30～17:00(土曜は12:00迄)にお願い致します
データ受け渡し	<input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 患者手渡し <input type="checkbox"/> インターネットデータ便(DICOMデータのみ)

加来歯科医院
歯科CT診断センター

TEL 093-244-0134
FAX 093-330-4083
mail kaori@suo.bbq.jp