

デンタルCT撮影依頼書

診療情報提供書

多幡歯科

〒669-2321 兵庫県篠山市黒岡207-6

TEL:079-552-7718/ FAX:079-552-7719

1. 依頼医院

医院名		歯科医師名	
医院住所			
電話番号		FAX番号	

2. 患者情報

患者名	フリガナ	男 ・ 女	生年月日
			T・S・H 年 月 日
患者住所			電話番号 - -
撮影目的	インプラント・矯正・歯周治療・顎関節症・歯内治療・その他()		
撮影部位	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	その他
	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	
備考			

3. 撮影メニュー

<input type="checkbox"/> 基本撮影(上下顎撮影+DICOMデータ)	¥10,500
合計(税込)	¥10,500

4. 連絡事項

咬合状態	咬頭嵌合位	・ 挙上位(約5mm)
撮影用プレート	あり	・ なし
プレート返却	患者持帰	・ 医院へ送付(送料着払い)
データCD-R	患者持帰	・ 医院へ送付(送料着払い)
支払方法	患者現金払	・ 医院負担振込

【通信欄】

- ※ 自由診療である旨を患者様にご説明ください。
- ※ 予約時間に来院されない場合は、再度ご予約をお願いいたします。
- ※ CTに関するご質問は、株式会社アイキャットをお願いいたします。