

CT撮影依頼書

年 月 日

患者氏名	生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 (歳) ふりがな 氏名 殿 性別：男・女 住所 TEL
依頼元医院	医療機関名 医師名 住所 TEL

検査目的	
撮影希望日	第一希望： 年 月 日 (AM・PM :) 第二希望： 年 月 日 (AM・PM :)
撮影モード	<input type="checkbox"/> インプラントモード $\phi 8.5\text{cm} \times 8.5\text{cm}$ (CT値がでます) <input type="checkbox"/> 顎関節モード $\phi 14\text{cm} \times 8.5\text{cm}$ (CT値がでない)
備考	ステント (あり・なし) 義歯の装着 (あり・なし)

- 電話で連絡の上、この申し込み書をFAXして下さい。
- CD-Rにビューワーソフトが付属して患者様にお渡しします。
- 撮影費用は5,250円 (税込み) です。

羽山歯科医院
奈良県大和高田市奥田18-1
TEL 0745-23-1526 FAX 0745-23-1598