

樋口歯科医院御中

申込日 平成 年 月 日

## CT 撮影依頼書

私(当医院)は、下記の患者につき歯科用 CT 撮影を申し込みます。

医院名

医師名

医院住所

TEL

撮影患者 ふりがな

氏名 生年月日 M T S H 年 月 日 才

住所 〒 -

TEL - -

撮影目的 インプラント(ステント ある なし) 矯正 保存 その他

○を付けてください。

### 1. 専用ソフトをお持ちでない方 One Data Viewer のCDでお渡しの場合

8cm × 8cm( Fullmouth ) 撮影 1 部位 ¥15,750

2 部位 ¥26,250

### 2. 専用ソフトをお持ちの方 DICOM-date をCDでお渡しの場合

8cm × 8cm( Fullmouth ) 撮影 1 部位 ¥15,750

2 部位 ¥26,250

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 ~ 12:30、14:30 ~ 18:00(土曜は 14:30 迄..)に  
お願い致します。(尚、撮影データ CD は、後日(2~3 日中)に着払いにて送付させていただきます)

樋口歯科医院

FAX 047-353-6405

TEL 047-350-5222

※お急ぎの場合は、TEL(047-350-5222)にて、希望日時をお問い合わせ下さい。

# FAX 047-353-6405