C 歯科・インプラントCT　予約申込書〈FAX専用〉

年　　月　　日

紹介診療科

総合大雄会病院　口腔外科

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿医師

TEL　0586－72－1211（内線2112）

紹介元

所在地

医療機関名

TEL
FAX

★撮影希望日

第1希望	年	月	日	（　　）
第2希望	年	月	日	（　　）
第3希望	年	月	日	（　　）

★インプラントCT撮影部位（〇印をつけてください）

7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7
7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7

★撮影料金及び画像提供媒体（希望のものに〇印をつけてください）

※CD－Rは上・下顎同一料金です。

1　CD－R（画像処理　必要）　※郵送となります。　【19，800円（税込）】
2　CD－R（画像処理　不要）　【19，800円（税込）】
3　オプションでフィルムも必要　【　2，200円（税込）】

※郵送時には送料として別途500円（税込）が必要となります。尚、送料は予告なく改訂される場合があります。

★確認事項

パノラマ　〇 あり　〇 なし　　ステント　〇 あり　〇 なし

※CT撮影時にはパノラマが必要です。患者さまにお持ちいただいてください。（CD－Rでも可）
　パノラマがない場合は、当院で撮影させていただきます。
※パノラマ撮影代　【6，600円（税別）】

★患者さま氏名

（保険証の写しまたは診療録の表紙の写しでも結構です。）

フリガナ		生年月日	年齢	性別
患者氏名				〇 男 〇 女
〒				
		TEL		

※ご依頼いただきました内容に変更がある場合は口腔外科までお電話くださいますようお願いいたします。

★受付時間　（祝日・年末年始（12月31日～1月3日）を除く）

月～金　8：30～19：00
土　8：30～12：30

（FAXは24時間稼働 但し、受付時間外・休日着信分は翌日以降対応）

送付先　総合大雄会病院　地域医療連携室　　FAX 0586-24-9999

※右記のFAX番号を確認後送信してください。
※個人情報の取扱いについては慎重にお願いします。