CT 検査依頼表

※記入後 FAX をお送りください

依頼元医療機関名	依頼元医療機関所在地
	〒
電話番号:　　(　　)	ご担当医師名

患者様氏名	男・女	生年月日
		西暦　　年　　月　　日生
電話番号:　　(　　)	貴院カルテ No,	

ご予約日時(宜しければ右記時間内の予約をお願いします)	平日　10:00～14:00／16:00～20:00 土日　10:00～14:00／15:00～18:00 ※祝日のみ休診
月　　日　　時　　分	

CT 撮影について(該当する項目に"レ"を記入ください)			
撮影部位	□診断 □インプラント埋入予定部位撮影(↓埋入予定部位を○で囲んでください)		
		右側	左側
	上顎	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8
	下顎	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8
撮影モード	□8cm　　□5cm		
具体的内容	例) 正中位置付け8cm, 埋伏歯中心で5cm　など		
データ形式	1)～3)より1つ選択、印刷物が必要な場合はA4用紙のチェックをお願いします。) □ 1) ファインキューブシンプルビュー ※フリービューワー :Windows XP , Windows Vista 対応(推奨:メモリ1GB 以上) □ 2) DICOM データ　ご使用のソフトウェア(　　) □ 3) DICOM データスライス厚変更:(　　)mm　※標準スライス厚:0.15mm ご使用のソフトウェア(　　) □ A4 用紙プリントアウト		
その他指示			

料金・撮影データについて
1撮影につき¥15,750(税込)当院窓口にて、患者様よりお支払い頂きます。
撮影データは、当院にて CD に保存し、お持ち帰りいただきます。
(撮影時間や撮影条件により、郵送となる場合がございます。予めご了承ください)

不明な点、ご質問は担当渡邉までお尋ねください。

こんどう歯科医院
〒869-1221 熊本県菊池郡大津町陣内 1154-4
TEL　096-213-4415
FAX　096-213-4413