

デンタルCT/セファログラム撮影依頼書
診療情報提供書



入谷 ひろまつ 矯正歯科クリニック
Iriya-Hiromatsu Orthodontic Clinic

〒110-0014 東京都台東区北上野2-24-9 ハイツ北上野1F

TEL/ FAX 03-5828-4618

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・歯周病治療・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	手根骨
	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	
備考			

3. 撮影内容		4. 連絡事項	
<input type="checkbox"/> CT撮影	¥10,000	咬合状態	咬頭嵌合位 ・ 拳上位(約5mm)
<input type="checkbox"/> セファログラム(正面)	¥4,000	手根骨	
<input type="checkbox"/> セファログラム(側面)	¥4,000	撮影用テンプレート	あり ・ なし
<input type="checkbox"/> CD-ROM	¥1,000	テンプレート返却	持ち帰り ・ 医院送付(着払い)
		データCD-R	持ち帰り ・ 医院送付(着払い)
合計	¥	支払い方法	現金払い ・ 医院負担振込み

【通信欄】

※自由診療である旨を患者様にご説明下さい。
※ご予約時間に来院されない場合は、再度ご予約をお願い致します。