

歯科用 CT 撮影依頼書

本依頼書は貴院でお書きになり患者様へお渡し下さい

・依頼元歯科医院名 _____ ・TEL _____ (_____)

・担当歯科医師名 _____

フリガナ

・患者様氏名 _____ 男・女

・撮影予約日 _____ 年 月 日 時 分

・撮影部位

・撮影目的 _____ インプラント / 根管治療 / 埋伏智歯 / その他 (_____)

・ラジオグラフィックガイド _____ 有 / 無

・CTデータお渡し方法 _____ 患者様にお渡し / 郵送

_____ 郵送先住所 〒

・備考

患者様へ

1. 患者様は撮影当日、本依頼書をご持参の上ご来院下さい。
2. CT撮影、及び撮影データの処理に45分程度かかります。
3. 撮影したデータはCD-Rにて患者様へ直接お渡しするか、依頼元の歯科医院へ郵送することも可能です。
4. 予約をキャンセル・変更する場合は直接当院(044-280-7358)までご連絡下さい。
5. CT撮影費用は20,000円(税別)となります。

〒230-0843

川崎市川崎区小田栄 2-3-1 コーナン川崎小田栄店 2階
クドウデンタルクリニック

TEL044-280-7358