

CT撮影依頼書

ご記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者氏名 _____ 様 性別 男 女

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 年齢 (_____ 歳)

患者住所 〒 _____

電話番号 (_____) _____

撮影日時 _____ 年 _____ 月 _____ 日 午前 午後 _____ 時 _____ 分

撮影種別 健康保険 自由診療 (保険診療の場合は診断名をご記入ください)

診断名 _____

撮影部位 上顎 下顎 上下顎 顎関節
その他 (_____)

スライス 0.125mm 0.2mm 0.25mm (標準) 0.3mm 0.4mm

ステント 有 無

出力種別 DICOM のみ SIMPLANT データ SIMPLANT シミュレート

提出方法 患者渡し 医院配送 (着払い) SIMPLANT 変換の場合は医院配送となります

請求先 患者請求 医院請求

ご依頼医院

医院名称 _____ ご担当医 _____

医院住所 〒 _____

電話番号 (_____) _____



アイム歯科クリニック

〒362-0812 埼玉県北足立郡伊奈町内宿台4-3

CT撮影依頼書送付先 FAX048-729-1182 または メール ct@im-dental.com