

同意書（承諾書）

稲田歯科医院 院長 殿

歯科用 X 線 CT に関する内容を担当歯科医師から説明を受け、歯科用 X 線 CT の撮影に同意（承諾）いたします。

平成 年 月 日

患者様氏名 _____（署名）

（未成年の方は保護者様のご署名をお願いします）

CT 撮影予定日時は

_____年_____月_____日（_____曜日） _____時_____分 となっております。

<お願い>

- ・撮影開始時間 10 分前までにお越し下さい。
- ・当日、遅れる場合は、直接稲田歯科医院までご連絡下さい。
（遅れる場合は、日時を変更していただく事があります）。
- ・撮影予約日を変更の場合は、担当の歯科医院様および稲田歯科医院にご連絡をお願い致します。又、患者様からの直前の変更、無断キャンセルの場合はキャンセル料 5,000 円を稲田歯科医院にお支払いいただきます。
- ・CT 撮影の場合、保険証の持参は不要です。
- ・料金につきましては担当歯科医院様よりご説明されている通りです。
- ・食事制限等はありません。
- ・撮影時間はおおよそ 5 分程で終了致します。
- ・状況により撮影開始時間が前後する事がありますが、ご了承をお願い致します。
- ・撮影データは、お持ち帰り頂くか、または後日担当歯科医院様に郵送いたします。
（郵送の場合、送料着払いをお願いいたします）
- ・なお、ご不明な点等につきましては、担当歯科医院様又は稲田歯科医院までお気軽にお問い合わせ下さい。

<撮影実施場所>

稲田歯科医院

TEL : 0120-821-899 (076-441-2348)

FAX : 076-441-2349

■住所 富山県富山市新富町 2-2-8

■アクセス

富山駅前

新富町電停前（路面電車）

地鉄バス 新富町バス停より徒歩 30 秒

