

CT 撮影 お申込書

【貴歯科医院様用】

紹介先：稲田歯科医院

貴医院名		担当医名	
住所			
TEL		FAX	

FAX 【076-441-2349】

フリガナ

● 患者様氏名 _____ ● 性別 男 女

● 生年月日 T・S・H _____年____月____日

● 予約日時 ※あらかじめ電話予約をお願いいたします。【TEL】 076-441-2348
_____年____月____日____時____分

● 撮影料金の請求 当日患者様にお支払いいただきます。

● 検査部位 上下顎 下顎 上顎 ※埋入予定部位に○をお願いいたします。

7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7
7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7

● 撮影用ステントの有無 ステントあり ステントなし

※ありの場合、事前に患者様に装着方法の指導をお願いいたします。

● 既応歴 HBV(+) HCV(+) HIV(+) その他感染症()

● ご利用になるシミュレーションソフトがあればチェックしてください。

ソフトなし ノーベルガイド (W スキャンあり W スキャンなし)

i-CAT 10-DR SimPlant BoneNavi IGS

Bit-Scan その他のソフト()

● その他 (撮影に特別な条件をご希望の場合には、必ずご記入をお願いします。)

● データ出力方法

CD-R (DICOM データのみ) CD-R (DICOM データ + viewer-soft)

※viewer-soft でのご利用には windows パソコンが必要です。埋入シミュレーションはできません。

● CD-R の送付方法

郵送 患者様お持ち帰り (郵送の場合、送料着払いでお願い致します)

● CT 撮影料金の領収書宛名 _____ 様