

CT撮影依頼書

私(当医院)は、撮影医院登録済みでありますので、今回下記の患者につき歯科用CT撮影1回(1、2モード)を申し込みます。つきましては、撮影可能日時を至急ご連絡下さい。

登録番号	
医院名	
医師名	
医院住所	
TEL番号	
FAX番号	
撮影患者 (氏名,生年月日,住所,TEL)	氏名 M T S H 年 月 日 住所 〒 TEL
撮影モード (モードをお選びください)	<input type="checkbox"/> インプラントモード <input type="checkbox"/> パノラマモード <input type="checkbox"/> フェイシャルモード <input type="checkbox"/> 撮影部位
撮影部位	
撮影目的	<input type="checkbox"/> インプラント(ステント ある なし) <input type="checkbox"/> 矯正 <input type="checkbox"/> 歯周病 <input type="checkbox"/> その他()
撮影詳細 (コメント)	
撮影希望日時	第一希望: 年 月 日(AM PM :) 第二希望: 年 月 日(AM PM :) ※木、日祝祭日を除くAM9:00~12:30、14:30~18:30(土曜は17:30迄)に お願い致します。(尚、撮影データは、後日(2,3日中に)郵送させていただきます)

石井歯科クリニック

FAX 086-272-7541

※お急ぎの場合は、TEL(086-272-7544)にて、希望日時をお問い合わせ下さい。