

CT撮影依頼書

記入日(西暦) _____年 ____月 ____日

依頼元医療機関名 _____ 担当医師 _____
住所 _____
電話番号 _____ FAX番号 _____

患者様情報

フリガナ

氏名 _____ 男・女 生年月日(西暦) _____年 ____月 ____日
電話番号 _____
住所 _____

撮影目的

撮影部位

撮影モード 5cm × 5cm
(ご希望に○)
10cm × 10cm 金属アーチファクト低減 有・無
16cm × 10cm

* 10cm × 10cmモードはアーチファクト低減処理が可能です。ご希望があれば有に○をして下さい。

撮影料金 : 1撮影10,800円 アーチファクト低減処理した場合は1撮影12,960円



ながはしデンタルクリニック

〒017-0041

秋田県大館市大田面393-1

[TEL:0186-59-4901](tel:0186-59-4901)

FAX:0186-59-4902

URL: <http://www.nagahashi-dc.com/>

【お願い】

依頼書は先生がご記入し、患者さんにお渡し下さい。

撮影日のご予約はTELにて患者さんより直接当院にお願い致します。

お支払いは患者さんご自身が現金にてお支払い下さい。

撮影日当日は忘れずに依頼書をお持ちください。

撮影～データお渡しまでは約30分ほどです。