

歯科用 CT 撮影依頼書

201 年 月 日

歯科用 CT 撮影手順のご説明

1. 本依頼書を貴院でお書きになり **当院まで FAX (03-3222-4619)** して下さい。FAX の後、本依頼書を被撮影者にお渡しし、**撮影のご予約をお取りしますので、直接お電話 (03-3222-4618) 下さるようお伝え下さい。**

被撮影者情報は氏名のみお書き頂き、貴院でのカルテ 1 号用紙表紙を同時に FAX していただいても構いません。また 2 回目以降の撮影の場合は、氏名と生年月日のみご記入いただいても構いません

2. お電話にてご本人と直接予約をお取り致します。予約が入りますと、当院から貴院へ予約日時のご連絡をさせていただきます。
3. 被撮影者様は予約日時に、**本依頼書をご持参の上ご来院下さい。**撮影は 10-15 分で終了します。
4. 撮影データは CD-R にて、ご本人にお持ち帰り (データ処理に 20-30 分かかる場合があります) いただくか、依頼元へ郵送 (撮影後 3 日以内に発送) 致しますのでご指示ください。



被撮影者情報		<input type="checkbox"/> 1 号用紙添付	<input type="checkbox"/> 2 回目以降
フリガナ	_____		
氏名	_____ 殿	男・女	
生年月日	大正・昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日		
住所	〒 _____ - _____		
電話番号	_____ - _____		

撮影オーダー		レントゲン	有・無				
撮影部位	<table border="1" style="width: 100px; height: 100px;"> <tr><td style="width: 50%; height: 50%;"></td><td style="width: 50%; height: 50%;"></td></tr> <tr><td style="width: 50%; height: 50%;"></td><td style="width: 50%; height: 50%;"></td></tr> </table>					引渡方法	お持ち帰り・郵送
			(ご指定ない場合は郵送になります)				
料金概算	_____ 円 ・ 不明 (ご予約時にお電話でお伝えいたします)						
ご依頼元での次回予約日	_____ 月 _____ 日 ・ 未定						
備考	_____						

ご依頼元医療機関名	_____	担当医師名	_____
ご連絡先住所	〒 _____ - _____		
お電話番号	_____ - _____	FAX 番号	_____ - _____

*以下は記入しないで下さい (事務処理記入欄)

予約日時 _____ 年 _____ 月 _____ 日 () 午前・午後 _____ 時 _____ 分

- 撮影予約
 予約確認連絡
 撮影
 データ引渡し
 引渡確認連絡
 持ち帰り
 郵送