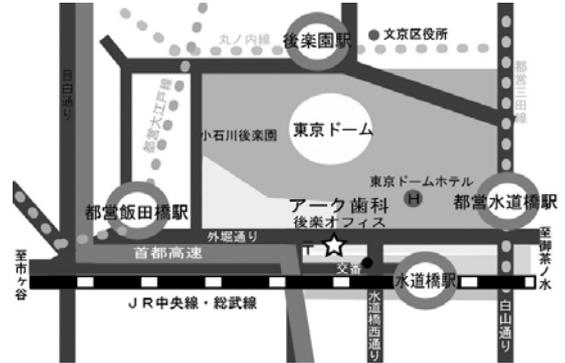


## 歯科用 CT 撮影依頼書

200 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 (03-3813-4622)** 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 (03-3813-4618) 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。



<b>被撮影者情報</b>	<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	_____ - _____	

<b>撮影オーダー</b>	レントゲン	有・無
撮影部位	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	アーク歯科クリニック 番町オフィス	担当医師名	_____
ご連絡先住所	〒101-0085 東京都千代田区六番町 1-5 布江ビル 1F		
お電話番号	03- 5212 - 4618	FAX番号	03- 5212 - 4622

\*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