

歯科用 CT 撮影依頼書

20 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 **FAX (03-3222-4619)** または PDF にしてメールや LINE などでお送りください。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) 下さるようお願い下さい。**

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 5-10 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
撮影部位 <input type="checkbox"/> 全顎撮影 (7 番以降は写らない場合もありますので、関心領域が 7 番以降の場合は部分撮影で歯式を指定してください。)
<input type="checkbox"/> 部分撮影 (通常・高解像度)
アーチファクト除去 要・不要
ステント 有・無
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