インプラント用CT検査申込書（診療情報提供書）

ふりがな 患者氏名	様　　男・女　　歳	予約日	平成　　年　　月　　日 時　　分
依頼元情報	施設名 お電話番号	担当医	

① 撮影部位

□上顎のみ　29,400円（税込）　□両顎　52,500円（税込）

□下顎のみ　29,400円（税込）

② インプラント施行予定位置（○印をお付け下さい）

	右側								左側							
上顎	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
下顎	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

③ 解析希望部位　□インプラント予定位置のみ　□フルマウス

④ ステントの有無　□ステントあり　□ステントなし

※ステント装着は貴院もしくは患者様ご自身でお願いいたします

⑤ 画像出力（ご希望の出力方法をいくつでもお選び下さい。）

□半切フィルム（無料）

□A4紙プリント（無料）

□DICOMデータ <CD-R>（別料金：税込1,050円）

□jpegデータ <CD-R>（別料金：税込1,050円）

※結果お届けまでに10日かかります。

⑥ その他、ご意見・ご要望ございましたら、ご記入下さい。

（　　）

⑦ 検査料のお支払い方法をご指示下さい。

□検査後、患者様へ直接ご請求

□当院から貴院へご請求

※月末締め、翌月払いとなります

電車をご利用の場合

JR　品川駅

京浜急行　品川駅

高輪口より徒歩約8分

《 高輪メディカルクリニック 》

TEL 03-3473-8011　FAX 03-3473-8477

〒108-0074　東京都港区高輪4-10-31

品川プリンス・レジデンス1階

URL http://www.takanawa-mc.com/