

FAX 用

CT 撮影申込書

- 医院名
- 担当医名
- 北海道形成歯科研究会員 □ ITI member

● 医院住所

● 医院電話番号

● 患者名

● 性別 □男 □女

● 生年月日 西暦 年 月 日生まれ

● 予約日時（電話予約をお願いします 011-615-7891）

□ 月 日 am/pm 時 分

□ 後日患者様から直接連絡

● 撮影部位

1 枚目 13,650（北海道形成会員は 10,500）円、2 枚目以降プラス 4,200（同 3,150）円

□ 上下顎（ほとんどはこの 1 枚で十分です。オトガイ、上顎洞は一部かけてしまいます）

□ 上顎のみ（上顎洞を確実に見たいときに選んでください）

□ 下顎のみ（オトガイを確実に見たいときに選んでください）

□ 右顎関節 □ 左顎関節

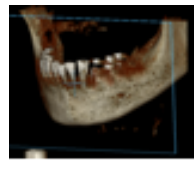
撮影範囲
のサンプル



上下顎



上顎



下顎



左顎関節

● 撮影目的および部位（例 右上 1 インプラント埋入 などをお書きください）

● ステント □ ある □ なし

（注.パノラマと同じように撮影時にバイトブロックを咬みます。前歯で咬める状態にしてください）

● 診断・印刷オプション（5,250 円） □ 希望しない □ 希望する

● 請求先 □ 医院に請求 □ 窓口で患者様に請求

0 1 1 - 6 1 5 - 7 8 9 1 まで FAX してください