

**デンタルCT検査依頼票  
(診療情報提供書)**



医療法人社団淳和会 川添歯科クリニック

〒731-0123 広島市安佐南区古市3-4-16

TEL 082-879-2233

FAX 082-879-2234

URL <http://www.hbs.ne.jp/home/kawazoe/> mail kawazoe@hbs.ne.jp

予約日時 : 平成 年 月 日 時 分

住所:〒			
歯科医院名:	電話:	FAX:	
歯科医師名:	印	E-mail	

下の太枠内に、必要事項(○やチェックなど)を記入してください。記入漏れがある場合、下線部を該当項目と致します。

患者	フリガナ		性別		オプション		
	氏名		男・女		◆ステント :なし・あり		
撮影部位	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	◆ステント返却 :歯科医院・患者様持帰				
	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	◆SimPlant View :不 要 ・ 要				
撮影モード		Dモード	Iモード	Pモード	お支払方法		
備考					患者様現金支払		代金引換
					自動振替 (事前に申請が必要)		
				銀行振込 (歯科医師医院様に限る)			
フィルム	撮影+DICOMデータ+SimPlant+レポート		検査結果				
	撮影+DICOMデータ+SimPlantデータ		歯科医院宅配便		患者様持帰		
	撮影+DICOM データ		CDを業者へ[業者名:東又は玉井歯科商店]				

検査診断レポート (この欄には何も記入しないでください)

- ※ 初回依頼時、撮影+DICOMデータ+レポート(または当院にて説明)となります。
- ※ 自費診療(31500円)になりますので、事前に患者様に説明をお願いします。