

歯科用 CT 撮影依頼書

平成 年 月 日

歯科用 CT のご説明

1. 本依頼書を貴院でお書きになり当院まで FAX (03-3649-7073) 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 (03-3649-7047) 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
せて頂きます。
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。

被撮影者情報	1 号用紙添付	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		ステント 有・無
		引渡方法 お持ち帰り・郵送
		(ご指定のない方は郵送になります)
料金概算	_____ 円・不明 (ご予約時にお電話にてお伝え致します)	
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ください

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 お持ち帰り 郵送