ＣＴ撮影申込書

年　　月　　日

ふりがな		性別	西暦　　年　　月　　日生
患者様氏名		男 女	（　　歳）
住　　所	〒		
Ｔ　Ｅ　Ｌ		携帯	

※ゴム印可

医　院　名			
医　師　名			
医院住所	〒		
Ｔ　Ｅ　Ｌ		FAX	

撮影目的	□インプラント　□歯周処置　□顎関節治療　□埋伏歯処置　□歯内処置 □３Ｄ造形モデル製作　□その他（　　）
撮影部位	□歯牙または欠損部の関心部位 □顎関節（　右　・　左　）　□上顎洞（　右　・　左　） □その他
料金コース	□スタンダード･･･直径15cmの球体の範囲　スライス厚0.3mm □ハイグレード･･･直径15cmの球体の範囲　スライス厚0.15mm ※ハイグレードにはクローズアップ機能があり、より細かい0.15mmでスライスすることができます。

※　CT撮影の場合、撮影日時の予約は患者様と相談の上、決めさせていただきます。

返信欄	下記の日時でCT撮影のご予約を完了いたしました。　　担当：
撮影日時	年　　月　　日　　時　　分

波多野歯科クリニック
ＣＴセンター

〒154-0023
世田谷区若林4-31-9　ポライト第2ビル1F
ＴＥＬ：03-3421-4182（ヨイハニ）
ＦＡＸ：03-3421-4195