



歯科インプラントCT検査
申込書・診療情報提供書

市民病院記載欄
患者ID:
予約日:

●患者情報

フリガナ		性別	生年月日
患者氏名		男・女	T・S・H 年 月 日
住所		電話番号	()

予約希望日時 (平日9~16時までの時間帯)	備考欄
第一候補 月 日 () : ごろ	
第二候補 月 日 () : ごろ	
第三候補 月 日 () : ごろ	

妊娠の可能性 (いずれかにチェックしてください)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> あり (患者さんへの説明・同意済み)
-----------------------------	--

撮影部位 (いずれかにチェックしてください)	<input type="checkbox"/> 上顎のみ <input type="checkbox"/> 下顎のみ	<input type="checkbox"/> 上下顎両方
料金 (消費税込)	12,000円	15,000円

インプラント予定部位 (丸で囲んでください)	7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7
	7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7

撮影用ステント使用の有無 (いずれかにチェックしてください)	<input type="checkbox"/> ステントを使用する <input type="checkbox"/> 使用しない ※使用する場合は患者に装着方法とご持参をご指導ください。
-----------------------------------	---

その他の指示事項	
----------	--

●紹介元情報

紹介元医療機関名 住所 電話番号 FAX番号	医師名 (印)
---------------------------------	--

患者様に本紙 診療情報提供書と別紙 予約確認票・検査説明書をお渡してください。

予約受付時間は診療日(平日)の8時30分~17時および土曜日の9~13時です。

(上記以外の時間帯は翌診療日の返答となります)