

# CT撮影申込書 / 生体造形モデル申込書

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	<input type="checkbox"/> インプラント <input type="checkbox"/> 歯周処置 <input type="checkbox"/> 顎関節治療 <input type="checkbox"/> 埋伏歯処置 <input type="checkbox"/> 歯内処置 <input type="checkbox"/> 3D造形モデル製作 <input type="checkbox"/> その他 ( )
撮影部位	<input type="checkbox"/> 歯牙または欠損部の関心部位  <input type="checkbox"/> 顎関節 ( 右 ・ 左 ) <input type="checkbox"/> 上顎洞 ( 右 ・ 左 ) <input type="checkbox"/> その他
撮影モード	<input type="checkbox"/> Iモード 直径10cmの球体の範囲 スライス厚0.2mm (普通これを選択) <input type="checkbox"/> Dモード 直径5cmの球体の範囲 スライス厚0.1mm (特別)
料金コース	<input type="checkbox"/> Aコース <input type="checkbox"/> Bコース <input type="checkbox"/> Cコース <input type="checkbox"/> Dコース (コース料金詳細はホームページ参照)

<b>3D造形モデル作製申込み</b> (どちらかチェックして下さい) <input type="checkbox"/> 申込みする <input type="checkbox"/> 申込みしない		
<b>【データ送付方法】</b> DICOMデータのコピーを、 CD又はフラッシュメモリに入れてご送付下さい。		
製作部位	<input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/> ⑤ <input type="checkbox"/> ⑥ <input type="checkbox"/> その他 ( ) ※ 製作希望の部位に全てチェックして下さい。	
造形モデル料金	1 / 6 顎 = 10,000 円 全 顎 = 60,000 円 ※ 顎顔面の広範囲に製作の場合、相談の上、別途料金となります。	

※ 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。

※ CT撮影の患者様は、医療法人 ムカエ歯科医院にて撮影いたします。

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

	<p>医療法人社団 峰生会            メディコデンタル            CTセンター            ボーン ラボラトリー</p>	<p>〒229-0004            神奈川県相模原市古淵 2-16-9 リバーストーン 202            フリーダイヤル：0120-304-663            F A X：042-776-7897            U R L：http://www.medicoc.jp/</p>
--	---	---