

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
患者様氏名		男女	(歳)
住所	〒					
TEL		携帯				

※ゴム印可

医院名			
医師名			
医院住所	〒		
TEL		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造形モデル制作 <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)

3D造形モデル作製申込み (どちらかチェックしてください) <input type="checkbox"/> 申込する <input type="checkbox"/> 申込みしない		
【データ送付方法】 DICOMデータのコピーを、 CDまたはUSBメモリに入れてご送付ください		
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ください。	
造形モデル料金	<input type="checkbox"/> 樹脂製 1/6顎 = 15,000 円(税別) 全 顎 = 90,000 円(税別) ※製作希望の方をチェックしてください。 ※顎顔面の広範囲に制作の場合、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、医療法人社団 峰生会 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

	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	〒252-0344 神奈川県相模原市南区古淵2-16-9 リバーストーン201 フリーダイヤル:0120-304-663 FAX:042-776-7897 URL: http://www.medicocct.jp/
--	---	--