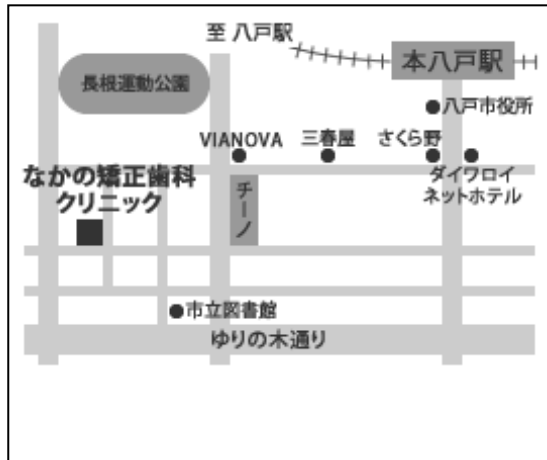


# C T 撮 影 依 頼 書

**CT撮影手順のご説明**

1. 本依頼書にご記入の上、当院まで FAX (0178-72-1667) してください。FAX の後、本依頼書を患者様にお渡しして、撮影の予約日時を決めるため、患者様自身が、当院に直接お電話 (0178-72-1666) をかけて頂くようにお伝えください。
2. 当院から貴院に FAX にて確認のご連絡を差し上げます。
3. 患者様は予約日時に本依頼書をご持参の上ご来院頂きます。撮影は 10 分 (実撮影時間は 10 秒) 程度で終了します。
4. 撮影料金は1スキャン 10,000 円 (消費税別) です。CD 作成・送料も含まれます。また、ご希望の場合、プリントアウトもおこなっております。1枚(1部位)につき 1,000 円 (税別) です。患者様が直接当院へお支払い頂くようお願いいたします。
5. 撮影データは CD-R で郵送 (宅配便) か、患者様に手渡し致します。(下記の指示通りの方法でお渡します)



なかの矯正歯科クリニック  
〒031-0057 青森県八戸市上徒士町 20-1

**患者様 (被写体) 情報**

フリガナ \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 様 男・女 生年月日 昭和・平成 年 月 日

住 所 〒 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

| 撮影条件   | モード  | 範囲(mm)  | スライス厚(mm) |
|--|--|---------|-----------|
|  | <input type="checkbox"/> 1. スタダードスキャン  | 160×130 | 0.3       |
|  | <input type="checkbox"/> 2. シングルスキャン   | 230×170 | 0.4       |
|  | <input type="checkbox"/> 3. ハイレゾリューション   | 160×130 | 0.2       |
|  | <input type="checkbox"/> 4. ウルトラハイレゾリューション   | 80× 80  | 0.125     |
| ※通常はスタンダードスキャンで十分です。指示がない場合はスタンダードスキャンとなります。 |  |         |           |
| 撮影部位   | <input type="checkbox"/> 歯列 <input type="checkbox"/> 顎関節 <input type="checkbox"/> 顔面骨格 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )<br>(撮影モード3、4の場合は必ず記入してください。) |         |           |
| データ受取  | <input type="checkbox"/> CD で郵送希望 (郵送の場合、翌日までに発送致します)<br><input type="checkbox"/> 患者様へ手渡し希望 (CD の作成に 20~30 分程度お待ち頂きます)<br>(指示がなければ郵送 (宅配便) となります。)         |         |           |
| 備 考  | プリント希望があれば部位を記入下さい。※プリントアウト 1 枚(1 部位)につき 1,000 円 (税別)  |         |           |
|  |  |         |           |

**ご依頼元医療機関情報**

医療機関名 \_\_\_\_\_ 担当医師名 \_\_\_\_\_

住 所 〒 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_ FAX 番号 \_\_\_\_\_

以下は記入しないでください(事務処理記入欄)

予約日時 \_\_\_\_\_ 年 月 日 ( ) 午前・午後 時 分

予約確認連絡 →  撮影 →  お支払 →  CD(郵送・手渡し) →  完了連絡