インプラント用CT検査申込書（診療情報提供書）

ふりがな 患者氏名	様　　男・女　　歳	予約日	平成　　年　　月　　日 AM・PM　時　　分
依頼元情報	施設名 お電話番号		担当医

① 撮影部位

- □上顎のみ　15,750円（税込）
- □下顎のみ　15,750円（税込）
- □上下顎　19,950円（税込）

② ステントの有無

- □ステントあり
  - ※ステント装着は貴院もしくは患者様ご自身でお願いいたします
- □ステントなし

③ 検査料のお支払い方法をご指示下さい。

- □検査後、患者様へ直接ご請求
- □当院から貴院へご請求
  - ※月末締め、翌月払いとなります

④ CT画像解析の依頼先をご指定下さい。

- □ Sim/Plant
- □ 10DR
- □ iCAT
- □ その他（　　）

⑤ その他、ご意見・ご要望ございましたら、ご記入下さい

（　　）

電車をご利用の場合

JR　品川駅

京浜急行　品川駅

高輪口より徒歩約8分

《 高輪メディカルクリニック 》

TEL 03-3473-8011　FAX 03-3473-8477

〒108-0074　東京都港区高輪4-10-31

品川プリンス・レジデンス1階

URL http://www.takanawa-mc.com/