



FAX : 03-3473-8477

※この用紙を FAX していただく前に、お電話で撮影日のご予約をお願いいたします。(TEL : 03-3473-8011)

診療情報提供書

(歯科用)

予約 No. \_\_\_\_\_

撮影予約日	年	月	日	ふりがな 患者名	様	男・女
	時	分				
前回撮影	無	・	有 (	年	月	日

依頼医療機関名 \_\_\_\_\_ (担当医) \_\_\_\_\_ 先生

依頼内容

①撮影部位 上顎 ・ 下顎 ・ 両顎

②インプラント術施行予定位置

	右側								左側							
上顎	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
下顎	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

③解析希望部位 インプラント予定位置のみ ・ フルマウス

④ステントの有無 ステントあり ・ ステントなし  
(ステントの装着は貴院もしくは患者様ご自身でお願いいたします)

⑤画像出力方法 (いくつでもお選び頂けます)

半切フィルム (無料 : 実寸大での表示となります)

A4紙プリント (無料 : 実寸大表示ではありません)

DICOM データ出力 《CD-ROM での御提供》 (別料金 : 税込 1,050 円)

jpeg もしくは bitmap データ出力 《CD-ROM での御提供》 (別料金 : 税込 1,050 円)

⑥検査料金のお支払い方法についてご指示ください

検査終了後、患者様へ直接のご請求

当院から貴院へご請求 (月末締め、翌月払いとなります)

⑦その他、ご意見・ご要望があれば、ご記入ください

(記入欄)