

CT 撮影依頼書

お申し込み日 年 月 日

☆ 患者氏名 \_\_\_\_\_ 様 年齢 \_\_\_\_\_ 歳 性別 男・女  
生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
住所 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

☆ 過去に当院でのCT撮影歴 有・無

☆ 御依頼医院

医院名 \_\_\_\_\_ 担当医 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_ F A X \_\_\_\_\_

CT 撮影部位（手術部位）

上顎（\_\_\_\_\_） ・ 下顎（\_\_\_\_\_） ・ 顔面全体（\_\_\_\_\_）

☆ 診断用ステント 有・無

☆ 依頼内容と請求先をチェックしてください。

CT撮影 片顎 16,000 円（税別）

（患者様請求・医院請求）

CT撮影 両顎 28,000 円（税別）

（患者様請求・医院請求）

ノーベルガイド用ダブルスキャニング 片顎 24,000 円（税別）

（患者様請求・医院請求）

ノーベルガイド用ダブルスキャニング 両側 44,000 円（税別）

（患者様請求・医院請求）

ラジオグラフィックガイド調整料 単純 2,000 円（税別）

（患者様請求・医院請求）

ラジオグラフィックガイド調整料 複雑 5,000 円（税別）

（患者様請求・医院請求）

顔面全体撮影 20,000 円（税別）

（患者様請求・医院請求）

血液検査 10,000 円（税別） ※血液検査結果は郵送いたします

（患者様請求・医院請求）

☆ DICOM データのお届け方法をお選びください。

① 患者様に医院へ届けていただく ② 医院へ郵送する（郵送費は着払いになります）

☆ その他の希望事項

ご予約は FAX を送っていただいた後に、MALO CLINIC TOKYO へ直接お電話ください。

MALO CLINIC TOKYO

〒104-0061 東京都中央区銀座 7-8-10 FUKUHARA GINZA 8F

Tel:03-3572-3977 Fax:03-3572-3988