

中之島クリニック

インプラント用CT検査依頼用紙

1、最初に検査の予約を電話でお取り下さい。 **0120-489-401 (予約専用)**

2、下記にご記入ください。

予約日時： _____ 月 _____ 日 午前・午後 _____ 時 _____ 分より

患者氏名： _____ 男・女

生年月日：大・昭・平 _____ 年 _____ 月 _____ 日生

患者様の日中の連絡先： _____

インプラント用CT撮影内容： 両顎 ・ 上顎 ・ 下顎 (いずれの場合も¥15,750です。)

その他注意事項など：

ご依頼医療機関名： _____

ご担当医師名： _____

電話番号： _____

住所： _____

※WEB 予約をご利用いただくと、医療機関名などの記入が省略でき、便利です！

www.nakanoshima-clinic.jp
から「医療機関専用オンラインモダリティ予約」のバナーをクリックして下さい。

(初回ご利用時のみ、医療機関登録が必要です。)

3、この用紙を、右記宛にFAXしてください。 **06-6451-1234 (FAX 専用)**

4、ご予約日時の15分前までにご来院下さいますよう、患者様にご案内下さい。

5、検査は5分程度で終了いたします。

6、会計終了後、DICOM画像を記録したCD-Rを患者様にお渡しします(その他の媒体による結果出力は行っておりません)。



〒553-0003 大阪市福島区福島二丁目1番2号

TEL 06-6451-6100 FAX 06-6451-1234

<http://www.nakanoshima-clinic.jp/>