

CT撮影申込書 / _____

年 月 日

ふりがな		性別	西暦	年	月	日生
患者様氏名		男 女				(歳)
住 所	〒					
T E L		携帯				

※ゴム印可

医 院 名			
医 師 名			
医 院 住 所	〒		
T E L		FAX	

撮影目的	<input type="checkbox"/> インプラント <input type="checkbox"/> 歯周処置 <input type="checkbox"/> 顎関節治療 <input type="checkbox"/> 埋伏歯処置 <input type="checkbox"/> 歯内処置 <input type="checkbox"/> 矯正診断用 <input type="checkbox"/> その他 ()																						
撮影部位	<input type="checkbox"/> 歯牙または欠損部の関心部位 <hr style="width: 100%; border: 0.5px solid black;"/> <input type="checkbox"/> 顎関節 (右 ・ 左) <input type="checkbox"/> 上顎洞 (右 ・ 左) <input type="checkbox"/> その他																						
撮影モード	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">撮影モード</td> <td style="text-align: center;">通常料金</td> <td style="text-align: center;">提携医院特別料金</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>Dモード</td> <td>直径 5.1センチの球体の範囲</td> <td style="text-align: right;">6,000円</td> <td style="text-align: right;">3,000円</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>Iモード</td> <td>直径10.2センチの球体の範囲</td> <td style="text-align: right;">10,000円</td> <td style="text-align: right;">5,000円</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>Pモード</td> <td>直径16.9センチの球体の範囲</td> <td style="text-align: right;">12,000円</td> <td style="text-align: right;">6,000円</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>Cモード</td> <td>直径20.0センチの球体の範囲</td> <td style="text-align: right;">15,000円</td> <td style="text-align: right;">7,500円</td> </tr> </table>		撮影モード	通常料金	提携医院特別料金	<input type="checkbox"/> Dモード	直径 5.1センチの球体の範囲	6,000円	3,000円	<input type="checkbox"/> Iモード	直径10.2センチの球体の範囲	10,000円	5,000円	<input type="checkbox"/> Pモード	直径16.9センチの球体の範囲	12,000円	6,000円	<input type="checkbox"/> Cモード	直径20.0センチの球体の範囲	15,000円	7,500円	<p>特別料金はヤマダ矯正歯科と提携している医院のみの価格です。部位追加の場合も1カ所4,000円(提携医院は半額です)</p>	
	撮影モード	通常料金	提携医院特別料金																				
<input type="checkbox"/> Dモード	直径 5.1センチの球体の範囲	6,000円	3,000円																				
<input type="checkbox"/> Iモード	直径10.2センチの球体の範囲	10,000円	5,000円																				
<input type="checkbox"/> Pモード	直径16.9センチの球体の範囲	12,000円	6,000円																				
<input type="checkbox"/> Cモード	直径20.0センチの球体の範囲	15,000円	7,500円																				
データ種類	<input type="checkbox"/> 撮影されたデータを直接患者様にお渡しします。 <input type="checkbox"/> 撮影されたデータを歯科医院に郵送します。																						
特記事項																							

※ CT撮影日時の予約は患者様と相談の上、決めさせていただきます。

返信欄	下記の日時でCT撮影のご予約を完了いたしました。 担当：
撮影日時	年 月 日 時 分

ヤマダ矯正歯科
 大阪府泉大津市旭町18-3アルザビル2F
 Tel 0725-22-8558 Fax 0725-22-8550

