

# 中之島クリニック

## インプラント用CT検査依頼用紙

- 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)**
- 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¥15,000 (税別) です。)

その他注意事項など： \_\_\_\_\_

※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](http://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。)

ご依頼医療機関名： \_\_\_\_\_

ご担当医師名： \_\_\_\_\_

電話番号： \_\_\_\_\_

住所： \_\_\_\_\_

- この用紙を、右記宛にFAXしてください。 **06-6451-1234 (FAX 専用)**
- 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。
- 検査は5分程度で終了いたします。
- 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

【HP】 <http://www.nakanoshima-clinic.jp/>