

インプラント CT 検査依頼書（診療情報提供書）

診療情報提供書（紹介状）				
加古川中央市民病院		御中		
紹介元 医療機関 医師名		（西暦） 年 月 日 紹介元所在地〒		
TEL:		FAX:		
フリガナ		男 ・ 女	（西暦） 年 月 日 （ 歳）	加古川中央市民病院 受診歴 有 ・ 無
氏 名	旧姓（ ）必ず記載ください			
住 所	〒 TEL: 自宅（ ） — 携帯（ ） —			
撮影部位				
CT 撮影予約希望日	第1希望日 月 日（ ）		第2希望日 月 日（ ）	
CT 撮 影 条 件	☐ シムプラント ☐ 10DR ☐ ノーベルガイド ☐ iCAT ☐ デンタスキャン（当院分析分） ☐ その他（ ）			
ステントの有無	☐ 有 ☐ 無			
記 録 媒 体	☐ CD-R（持ち込み） ☐ 当院のCD-R			
自 費	上顎または下顎 15,000円（消費税別） 上下顎 20,000円（消費税別）			

加古川中央市民病院 予約専用 FAX: 079-451-8653 TEL: 079-451-8651

*受付時間（平日 月～金 9:00～17:30）以外のお申込みにつきましては、翌業務日以降のお返事となります。FAX は 24 時間受付しております。

改訂：2025 年 4 月