〈様式7〉

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

（西暦）　　年　　月　　日

紹介元医療機関
紹介元所在地〒

医師名

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）

予約専用窓口　FAX：079-451-8653（24時間受付）　TEL：079-451-8651

予約受付：　平日　９：００～１７：００　（月火水金 は 17:30 まで）

お申込の時間帯や予約状況により、お返事が翌業務日以降になる場合がございます。予めご了承ください。

改訂：2026年4月