

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）
氏 名	旧姓（ ）必ず記載ください		
加古川中央市民病院 受診歴 有 ・ 無			
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

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 9 月