**<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　　　　　　　　　　　　　　　紹介元所在地〒

医 療 機 関

医 師 名

T E L：　　　　　　　　　　　　　 F A X：

フリガナ　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　加古川中央市民病院

男　（西暦）　　　　年　　　受診歴

氏　 名　　　　　　　　　　　　 　・　　 　 月　 日

女　　 　（　　　歳）　　 有　・　無

〒

住　所

　　　　 TEL：自宅（　　　）　　　－　 　　　　携帯（　　　）　　　－

撮影部位

　　　　　　　　　　　 第１希望日　　　　　　　　　　第２希望日

CT撮影予約希望日　　　 　 月　　　日（　 ）　　　　　　 月　　　日（ 　）

シムプラント　　　　　　　　　　　 10DR

CT撮 影 条 件　　　　　 ノーベルガイド　　　　　　　　　　 i CAT

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）

旧姓（　　　）必ず記載ください

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