

紹介先: 医療法人 禎心会 セントラルCI クリニック宛 Tel 011-623-1131 Fax 011-623-1132

患者様氏名・生年月日・性別・住所・電話番号

様 年 月 日生 (M・F)

住所 電話番号

料金支払い 歯科様へ請求 患者様支払い

検査日時 平成 年 月 日 時 分より

ご依頼施設名〔住所・電話・施設名〕

ご依頼歯科医師名

検査部位 上顎 (5250・5775 円) 下顎 (5250・5775 円) 上下顎 (10500・11550 円)

(右図に目的部位のチェックもお願いいたします)

目的:

.....
.....

画像の出力方法 (下記よりお選びください)

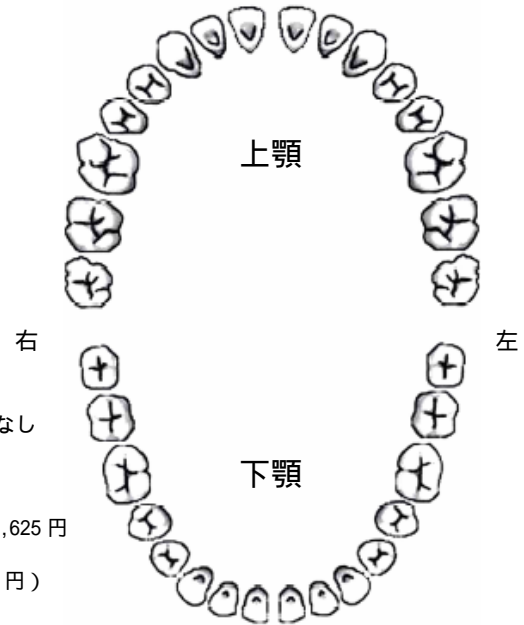
オリジナルデータ (DICOM データ/CD 出力のみ) 追加料金なし

再構成画像 Axial 追加料金なし

再構成画像 Cross section (いずれか又は両方で一顎につき +2,625 円

再構成画像 Panorama *フィルムの場合は +3,360 円)

3D 画像 (一顎につき +5,250 円 *フィルムの場合は +5,775 円)



現像方法

フィルム + CD-R CD-R のみ ファイルのみ

CD-R をご希望される場合は CD-R の内容について下記のどちらかをお選びください。

データ (DICOM) のみ データ (DICOM) +Viewer-soft (Windows のみ対応)