別紙 a （検査依頼 FAX 申込用紙）

紹介先 ： 社会医療法人 禎心会 セントラル CI クリニック 宛　　Fax (011) 623 – 1132

■ 患者様氏名・生年月日・性別・ご連絡先

氏名		生年月日	年　月　日生	性別	男性 ・ 女性
ご住所		TEL (　　)　　—			

■ 検査日時　　平成　　年　　月　　日　　時　　分 より

■ ご依頼歯科施設名・ご連絡先・担当医師名

ご施設名		担当医	
	TEL (　　)　　—		

■ 検査料金　　□ 当日患者様お支払い　□ 歯科様へ請求

■ 検査部位　　□ 上顎　□ 下顎　□ 上下顎

※ 目的歯の番号に〇を
お願いいたします。

	右側								左側							
上顎	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
下顎	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

■ 該当する場合はチェックをお願いいたします。

□ ノーベルガイド　□ W スキャン　□ i-CAT　□ 10-DR　□ ShimPlant　□ IGS
□ BoneNavi　□ Bit-Scan　□ その他の条件 （　　）

■ 通信・備考欄 （撮影範囲等に特殊な条件をご希望の場合には、必ずこちらにご記入ください。）

■ データ出力方法 ※チェックが無い場合はDICOMのみとなります。

□ CD-R（DICOM のみ）　□ CD-R（DICOM＋Viewer-soft） ※Viewerの対応は Windows のみです。

■ CD-R お渡し方法 ※チェックが無い場合は郵送となります。

□ 郵送　□ 患者様お持ち帰り