

スマートフュージョン用CT 撮影依頼書

お申し込み日

年 月

日

☆ 患者様氏名 _____ 様 年齢 _____ 歳 性別 男・女
生年月日 _____ 年 月 日
住所 _____
電話番号 _____

☆ 過去に当院での CT 撮影歴 有・無

☆ 御依頼医院

医院名 _____ 担当医 _____

住所 _____

電話番号 _____ FAX _____

☆ CT 撮影部位（手術部位）

上顎（_____） ・ 下顎（_____）

☆ 依頼内容と請求先をチェックしてください。

- CT撮影 片顎 16,000 円（税別）
（患者様請求・医院請求）
- CT撮影 両顎 28,000 円（税別）
（患者様請求・医院請求）
- スマートフュージョン用印象（対合歯・BT含む） 5,000 円（税別）
（患者様請求・医院請求）
- パノラマX線写真（OPG） 6,000 円（税別）
（患者様請求・医院請求）
- ワックスアップ 1歯 5,000 円（税別）／2歯以降1歯 3,000 円（税別）
（患者様請求・医院請求）
- ジェニオン2スキャン（G2scan） 10,000 円（税別）
（患者様請求・医院請求）
- マッチング 5,000 円（税別）
（患者様請求・医院請求）
- サージカルテンプレート調整料 5000 円（税別）テンプレートは当院に送付してください。
（患者様請求・医院請求）

☆ 血液検査 必要（患者様支払い ・ 医院請求） ・ 必要でない ※血液検査結果は郵送いたします

☆ DICOM データのお届け方法をお選びください。

- ① 患者様に医院へ届けていただく ② 医院へ郵送する（郵送費は着払いになります）

☆ その他の希望事項

ご予約は FAX を送っていただいた後に、MALO CLINIC へ直接お電話ください。

マロ・クリニック 東京

〒104-0061 東京都中央区銀座 7-8-10 FUKUHARA GINZA 8F

Tel:03-3572-3977 Fax:03-3572-3988

MALO CLINIC
DENTAL CARE