

CT 撮影内容指示書 (永田歯科医院)

患者様御名前 _____ 性別 男 ・ 女
生年月日 (西暦) _____ 年 _____ 月 _____ 日 電話番号 _____

解析をご指定下さい

片顎解析 (上顎 ・ 下顎) 15000円 (税込)
全額解析 (両顎) 25000円 (税込)

☆ステント (有 ・ 無)

その他、撮影及び画像処理に関するご指示

(_____)

CD-R 送付先医院名 _____

医院ご住所 _____

電話番号 _____

担当医 _____