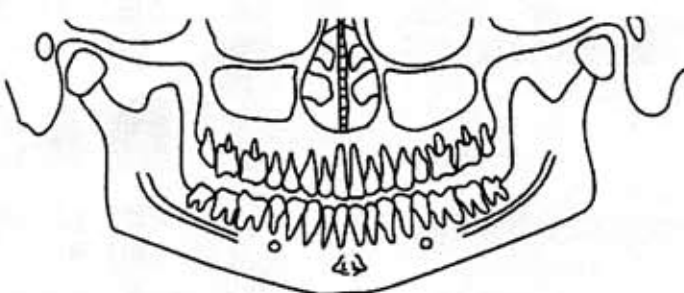
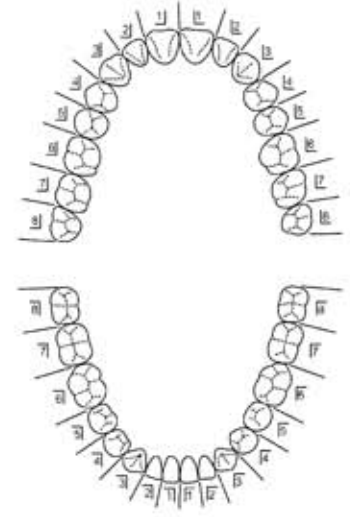


### 3D撮影依頼書

発行年月日	平成      年      月      日		
歯科医師氏名			
歯科医院名: 住所(送り先): 〒      -			
Tel (      )			
患者名	大・昭・平      年      月      日	撮影目的(○印をつけてください) <input type="checkbox"/> インプラント処置 <input type="checkbox"/> 歯周治療 <input type="checkbox"/> 埋伏歯処置 <input type="checkbox"/> 矯正治療 <input type="checkbox"/> 歯内療法 <input type="checkbox"/> 顎骨手術 <input type="checkbox"/> 顎関節治療      その他(      )	
	フリガナ		
男・女			
撮影範囲	φ40×H40mm (3~4歯 片顎)	φ40×H80mm (3~4歯 上下顎)	
撮影部位	撮影部位を四角で囲ってください		
			
8 7 6 5 4 3 2 1   1 2 3 4 5 6 7 8 8 7 6 5 4 3 2 1   1 2 3 4 5 6 7 8			
要必要部位 <input type="checkbox"/> 上顎洞 <input type="checkbox"/> 近心隣在歯 <input type="checkbox"/> 遠心隣在歯 <input type="checkbox"/> 歯冠部 <input type="checkbox"/> 根尖部 <input type="checkbox"/> 下歯槽管 <input type="checkbox"/> オトガイ孔			
ステント	有・無	撮影枚数	計      枚
計測希望	有・無	スライス間隔	1.0mm    0.5mm    0.125mm
撮影依頼時の注意事項			
送付形式	送付媒体	送付方法	
<input type="checkbox"/> 3DXソフト用 <input type="checkbox"/> One Data Viewer <input type="checkbox"/> JPEGファイル <input type="checkbox"/> DICOMファイル出力 (インプラントシミュレーションソフト用) <input type="checkbox"/> 印刷 (等倍・拡大A4)	<input type="checkbox"/> DVD/CD-ROM <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 宅急便 <input type="checkbox"/> 患者さんに渡す <input type="checkbox"/> その他(      )	

(コピーしてお使い下さい)

住所  
Tel

○○歯科医院