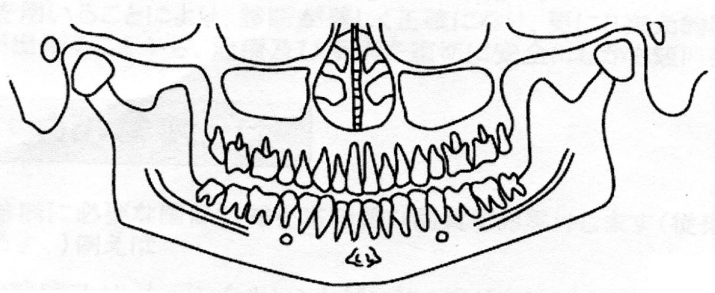
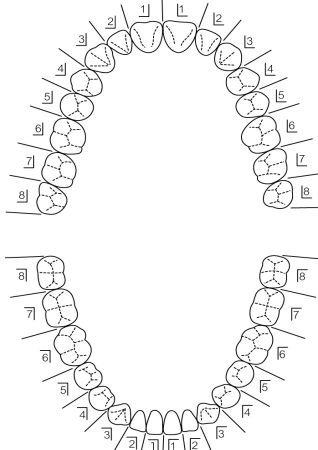


3D撮影依頼書

お申込はファックスにてお願いします FAX No 017-718-1088

| | | | |
|---|---|---|---|
| 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 () Fax () | | | |
| 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"/> 埋伏歯処置 <input type="checkbox"/> 歯内療法 <input type="checkbox"/> 顎関節治療 その他（ ） |
| | フリガナ | | |
| 撮影希望日時 | | 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 | 撮影枚数 | 計 | 枚 |
| 計測希望 | スライス間隔 | 1.0mm | 他() |
| 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"/> パノラマ写真 <input type="checkbox"/> One Data Viewer (WIN PCにて確認できます) <input type="checkbox"/> DICOMファイル出力 (インプラントシュミレーションソフト用) <input type="checkbox"/> 3D2.0ソフト用 (専用ソフトが必要) | <input type="checkbox"/> DVD/CD-ROM <input type="checkbox"/> なし USBメモリー等は、ウイルス感染の恐れがあるため、ご遠慮しております。ご了承下さい | <input type="checkbox"/> 宅急便 <input type="checkbox"/> 患者さんに渡す <input type="checkbox"/> その他() | |

たかはし歯科クリニック

青森市古川3-15-1

電話 017-775-0077

FAX 017-718-1088