

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		
		男・女	
撮影希望日時			
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