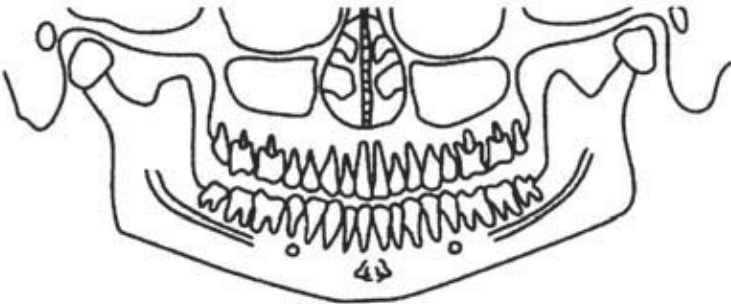
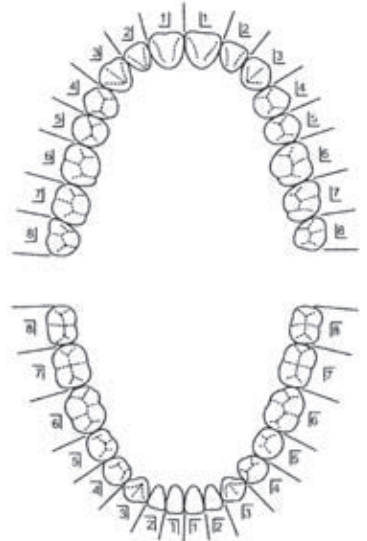


3D 撮影依頼書

歯科医師氏名		発行年月日	平成	年	日
歯科医院名： 住所（送り先）：〒 — <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">Tel ()</div>					
患者名	大・昭・平 年 月 日	撮影目的（ <input type="checkbox"/> にチェックを入れてください） <input type="checkbox"/> インプラント処置 <input type="checkbox"/> 歯周治療 <input type="checkbox"/> 埋状歯処置 <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	4×4cm (3~4 歯 片顎)	8×8cm (7~7 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"/> にチェックを入れてください） <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	スライス厚（ <input type="checkbox"/> にチェックを入れてください） <input type="checkbox"/> 2.0mm <input type="checkbox"/> 1.5mm <input type="checkbox"/> 1.0mm <input type="checkbox"/> 0.5mm <input type="checkbox"/> 他（ ）mm			
撮影依頼時の注意事項（必要があればご記入ください）					
送付について（ <input type="checkbox"/> にチェックを入れてください）					
形式	媒体		方法		
<input type="checkbox"/> 3DX ソフト用 <input type="checkbox"/> One Date Viewer <input type="checkbox"/> JPEG ファイル	<input type="checkbox"/> DVD/CD-ROM <input type="checkbox"/> 特に希望なし		<input type="checkbox"/> 宅急便 <input type="checkbox"/> 患者さんに渡す <input type="checkbox"/> その他（ ）		