

患者様用

当日ご持参下さい

3DX撮影依頼書

予約日	年	月	日	予約時間	AM	PM	:
-----	---	---	---	------	----	----	---

発行年月日		年		月		日	
担当歯科医師氏名							
紹介元医療機関名:							
所在地(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)			
	フリガナ			<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		
	男・女			<input type="checkbox"/> 顎関節治療			
				その他()			
撮影範囲 40×40mm (3~4歯 片顎) 60×60mm (6~7歯 上下顎) <予定> 80×80mm (ほぼ全顎)							
撮影部位		撮影部位を四角で囲ってください。					
				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			
				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					
ステント	有・無	撮影枚数	計	枚			
計測希望	有・無	スライス厚	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"/> 印刷(等倍・拡大A4) <input type="checkbox"/> その他()		<input type="checkbox"/> DVD/CD-ROM <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> その他()			<input type="checkbox"/> 宅急便 <input type="checkbox"/> 患者さんに渡す <input type="checkbox"/> その他()		

記入方法がわからない場合は

⇒ Health Promotion **Oral.I**
 東京都世田谷区上北沢4-14-10
 Tel : 03-3304-1114 Fax : 03-5316-1556

(コピーしてお使い下さい)

