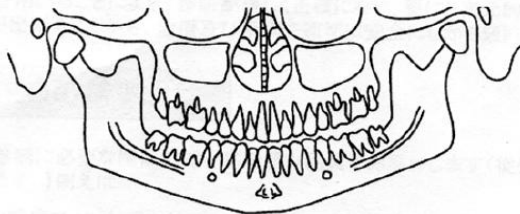
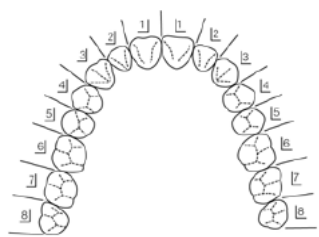
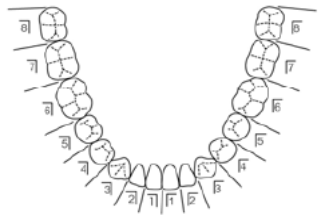


- 3DX-F8撮影依頼書 -

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): 〒 -			
患者名	大・昭・平 年 月 日	撮影目的	
	フリガナ	<input type="checkbox"/> インプラント治療 <input type="checkbox"/> 矯正治療 <input type="checkbox"/> 歯治療 <input type="checkbox"/> 歯内療法 <input type="checkbox"/> 埋伏歯処置	
撮影範囲 40×40mm(3~4歯 片顎) 60×60mm(6~7歯 上下顎) 80×80mm(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			
必要部位			
<input type="checkbox"/> 上顎洞 <input type="checkbox"/> 下歯槽管 <input type="checkbox"/> 近心隣在歯 <input type="checkbox"/> 遠心隣在歯 <input type="checkbox"/> 根尖部 <input type="checkbox"/> オトガイ孔 <input type="checkbox"/> 歯冠部			
ステント	有・無	撮影枚数	
		8X8 0.16 0.32 0.48 0.64 0.8 0.96 1.12 1.28mm	
計測希望	有・無	スライス間隔	
		6X6 0.125 0.250 0.37 0.5 0.625 0.75 0.875 1.0mm	
		4X4 0.08 0.16 0.24 0.32 0.4 0.48 0.56 0.64mm	
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 <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()

四条烏丸 ペリオ・インプラントセンター
 住所 〒600-8007
 京都市下京区四条通高倉西入る76番地
 アソベビル3F(大丸正面)
 TEL 075-253-6487
 FAX 075-253-6490