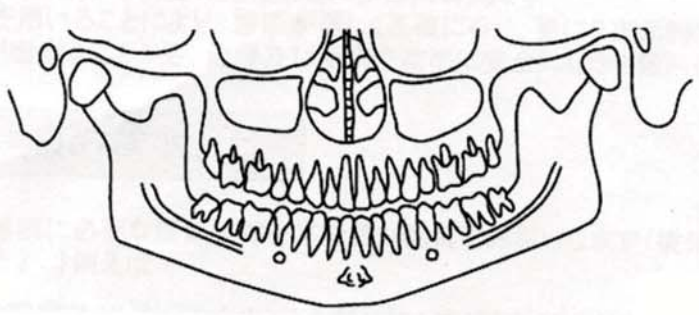
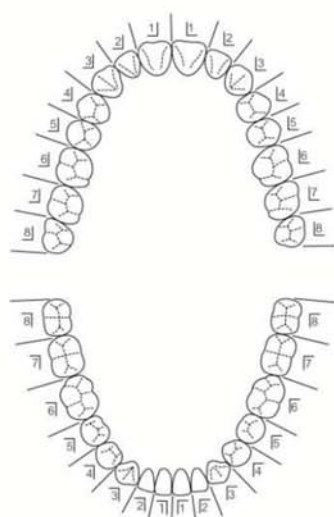


### 3DX撮影依頼書

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): 〒	—																																					
				Tel ( )																																		
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"/> 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																																	
	フリガナ																																					
				男・女																																		
撮影範囲	40×40mm (3~4歯 片顎)																																					
撮影部位	撮影部位を四角で囲ってください																																					
																																						
																																						
<table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">8</td><td style="padding: 0 5px;">7</td><td style="padding: 0 5px;">6</td><td style="padding: 0 5px;">5</td><td style="padding: 0 5px;">4</td><td style="padding: 0 5px;">3</td><td style="padding: 0 5px;">2</td><td style="padding: 0 5px;">1</td> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">1</td><td style="padding: 0 5px;">2</td><td style="padding: 0 5px;">3</td><td style="padding: 0 5px;">4</td><td style="padding: 0 5px;">5</td><td style="padding: 0 5px;">6</td><td style="padding: 0 5px;">7</td><td style="padding: 0 5px;">8</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">8</td><td style="padding: 0 5px;">7</td><td style="padding: 0 5px;">6</td><td style="padding: 0 5px;">5</td><td style="padding: 0 5px;">4</td><td style="padding: 0 5px;">3</td><td style="padding: 0 5px;">2</td><td style="padding: 0 5px;">1</td> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">1</td><td style="padding: 0 5px;">2</td><td style="padding: 0 5px;">3</td><td style="padding: 0 5px;">4</td><td style="padding: 0 5px;">5</td><td style="padding: 0 5px;">6</td><td style="padding: 0 5px;">7</td><td style="padding: 0 5px;">8</td> </tr> </table>							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
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																							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="7" style="text-align: center;"><b>要必要部位</b></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 上顎洞</td> <td><input type="checkbox"/> 近心隣在歯</td> <td><input type="checkbox"/> 遠心隣在歯</td> <td><input type="checkbox"/> 歯冠部</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 根尖部</td> <td><input type="checkbox"/> 下歯槽管</td> <td><input type="checkbox"/> オトガイ孔</td> <td colspan="4"></td> </tr> </table>							<b>要必要部位</b>							<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															
<b>要必要部位</b>																																						
<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	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"/> 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( )																																		

(コピーしてお使い下さい)

医療法人社団泰峰会 ヤナセ歯科医院 / ヤナセ臨床インプラント研究所  
 〒351-0022 埼玉県朝霞市東弁財1-3-9イーストアレービル4F  
 TEL:048-476-0156 FAX:048-471-0738