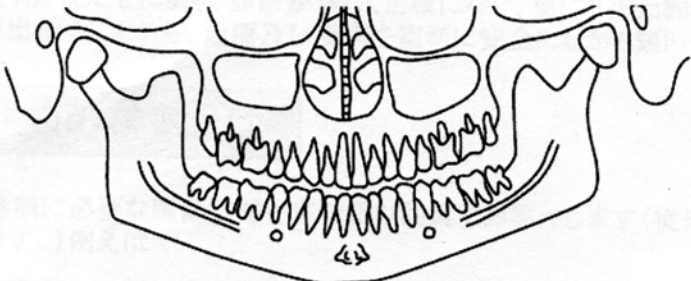
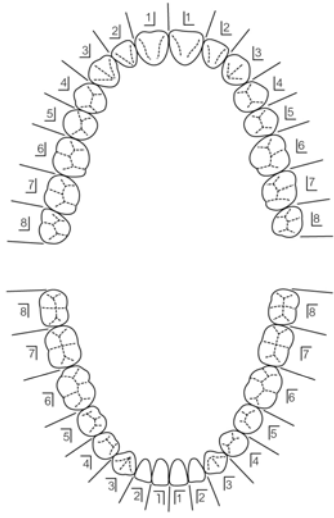


## 3DX-F8撮影依頼書

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)：〒      - <div style="text-align: right;">Tel (      )</div>															
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)    60×60mm (6~7歯 上下顎)    80X80mm(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															
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="4" 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> </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></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	スライス間隔 8X8 0.16 0.32 0.48 0.64 0.8 0.96 1.12 1.28mm 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 <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)		送付媒体 <input type="checkbox"/> DVD/CD-ROM <input type="checkbox"/> なし	送付方法 <input type="checkbox"/> 宅急便 <input type="checkbox"/> 患者さんに渡す <input type="checkbox"/> その他(                      )												

AQUA石井歯科 山口宇部CT画像センター

住所〒655-0026 山口県宇部市松山町4-8-20

Tel 0836-37-1717

FAX 0836-37-1818

E-mail info@aqua-ishii.com