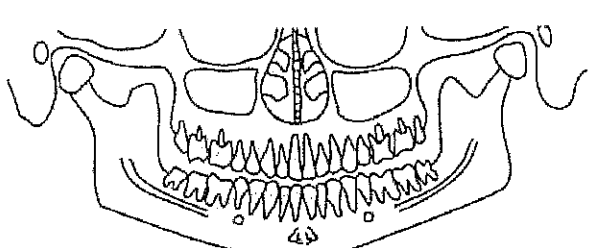
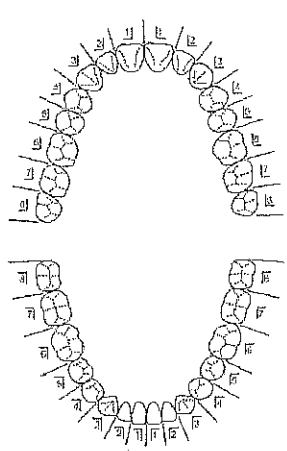


### 3DX撮影依頼書

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)																																	
	フリガナ	<input type="checkbox"/> インプラント処置	<input type="checkbox"/> 歯周治療																																
	男・女	<input type="checkbox"/> 埋伏歯処置	<input type="checkbox"/> 矯正治療																																
		<input type="checkbox"/> 歯内療法																																	
撮影範囲	40×40mm (3~4歯 片顎)	60×60mm (6~7歯 上下顎)	80×80mm(全顎)																																
撮影部位	撮影部位を四角で囲ってください																																		
																																			
<table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td style="padding: 2px;">8</td><td style="padding: 2px;">7</td><td style="padding: 2px;">6</td><td style="padding: 2px;">5</td><td style="padding: 2px;">4</td><td style="padding: 2px;">3</td><td style="padding: 2px;">2</td><td style="padding: 2px;">1</td> <td style="padding: 2px;">1</td><td style="padding: 2px;">2</td><td style="padding: 2px;">3</td><td style="padding: 2px;">4</td><td style="padding: 2px;">5</td><td style="padding: 2px;">6</td><td style="padding: 2px;">7</td><td style="padding: 2px;">8</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">8</td><td style="padding: 2px;">7</td><td style="padding: 2px;">6</td><td style="padding: 2px;">5</td><td style="padding: 2px;">4</td><td style="padding: 2px;">3</td><td style="padding: 2px;">2</td><td style="padding: 2px;">1</td> <td style="padding: 2px;">1</td><td style="padding: 2px;">2</td><td style="padding: 2px;">3</td><td style="padding: 2px;">4</td><td style="padding: 2px;">5</td><td style="padding: 2px;">6</td><td style="padding: 2px;">7</td><td style="padding: 2px;">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="4" style="text-align: center;">要必要部位</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>				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																					
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																																	
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 0.25mm 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( )																																

医療法人社団 **木村歯科クリニック**  
 〒862-0950 熊本市水前寺1-5-4 下村ビル2F  
 Tel. 096-385-1551  
 FAX. 096-385-1552