

— — — 3DX撮影依頼書 — — —

発行年月日	平成 年 月 日
歯科医院名:	
住所(送り先): 〒	—
Tel ()	

担当 歯科医師	
患者名	明・大・昭・平 年 月 日生
	フリガナ
	男・女
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 <input type="checkbox"/> 顎骨手術 <input type="checkbox"/> 顎関節治療 その他 ()	

次回来院予定日	月 日	過去当院での撮影経験	あり なし
---------	-----	------------	----------

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	部位を四角で囲ってください。	必要部位																																		
		<input type="checkbox"/> 上顎洞 <input type="checkbox"/> 根尖部 <input type="checkbox"/> 近心隣在歯 <input type="checkbox"/> 下歯槽管 <input type="checkbox"/> 遠心隣在歯 <input type="checkbox"/> オトガイ孔 <input type="checkbox"/> 歯冠部																																		
		<table border="1"> <tr><td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td><td> </td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td></tr> <tr><td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td><td> </td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>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																				

ズーム再構成	有 無	内容()
--------	--------	-------

ステント	有・無	照射回転量	180° 360°	撮影枚数	計 枚
計測希望	有・無	スライス間隔	(1.28mm)	0.64mm	0.08mm
撮影依頼時の注意事項		スライス厚	(1.28mm)	0.64mm	0.08mm

送付形式	送付媒体	送付方法
------	------	------

<input type="checkbox"/> One Volume Viewer <input type="checkbox"/> One Data Viewer <input type="checkbox"/> 3DXソフト用 <input type="checkbox"/> DICOM Data <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 お使いのPCはDVDに対応していますか? はい ・ いいえ	<input type="checkbox"/> 宅急便 次回来院予定日 月 日 <input type="checkbox"/> 患者さんに渡す <input type="checkbox"/> その他()
--	--	--