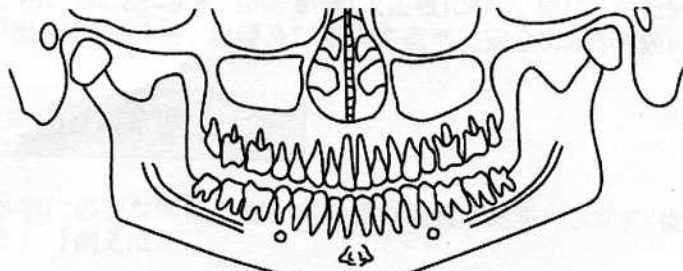
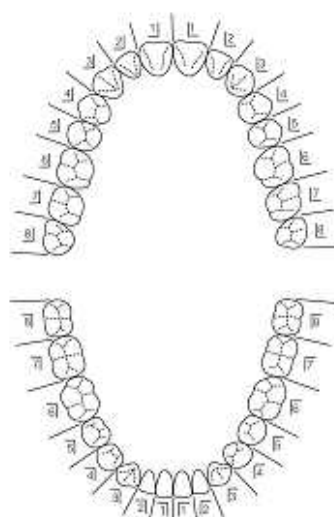


## 3DX撮影依頼書

発行年月日	平成            年            月            日																				
歯科医師氏名																					
歯科医院名:																					
住所(連絡先):〒	-																				
	Tel            (    )		Fax            (    )																		
患者名	大・昭・平	年	月	日	撮影目的(印をつけてください) インプラント処置            歯周治療 埋伏歯処置                    矯正治療 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)																		
撮影部位	撮影部位を四角で囲ってください																				
																					
<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td style="border: 1px solid black;">8</td><td style="border: 1px solid black;">7</td><td style="border: 1px solid black;">6</td><td style="border: 1px solid black;">5</td><td style="border: 1px solid black;">4</td><td style="border: 1px solid black;">3</td><td style="border: 1px solid black;">2</td><td style="border: 1px solid black;">1</td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black;">1</td><td style="border: 1px solid black;">2</td><td style="border: 1px solid black;">3</td><td style="border: 1px solid black;">4</td><td style="border: 1px solid black;">5</td><td style="border: 1px solid black;">6</td><td style="border: 1px solid black;">7</td><td style="border: 1px solid black;">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														
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="4" style="text-align: left;">要必要部位</th> </tr> <tr> <td style="width: 25%;">上顎洞</td> <td style="width: 25%;">近心隣在歯</td> <td style="width: 25%;">遠心隣在歯</td> <td style="width: 25%;">歯冠部</td> </tr> <tr> <td>根尖部</td> <td>下歯槽管</td> <td>オトガイ孔</td> <td></td> </tr> </table>						要必要部位				上顎洞	近心隣在歯	遠心隣在歯	歯冠部	根尖部	下歯槽管	オトガイ孔					
要必要部位																					
上顎洞	近心隣在歯	遠心隣在歯	歯冠部																		
根尖部	下歯槽管	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																	
3DXソフト用 One Data Viewer JPEGファイル		DVD/CD-ROM なし		患者さんに渡す その他(            )																	

(コピーしてお使い下さい)

ファミリー歯科インプラント診療所  
〒630-8003 奈良市佐紀町 2  
Tel & Fax: 0742 - 35 - 8020

