

歯科用CT 3DX-FPD8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"/> インプラント診断 <input type="checkbox"/> 歯周治療 <input type="checkbox"/> 埋伏歯位置確認 <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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <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></tr> <tr><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></tr> <tr><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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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"/> 下顎管 <input type="checkbox"/> オトガイ孔 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ステント | 有・無 | 撮影枚数 | 計 | 枚 *こちらは記入しないでください | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | 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"/> One Volume Viewer <input type="checkbox"/> JPEGファイル <input type="checkbox"/> DICOMファイル出力 (インプラントシュミレーションソフト) <input type="checkbox"/> 印刷 (等倍・拡大A4) | | <input type="checkbox"/> CD-ROM <input type="checkbox"/> DVD-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() | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 支払い方法: <input type="checkbox"/> 現地精算 <input type="checkbox"/> 代引き(別途手数料がかかります) <input type="checkbox"/> 銀行振り込み <input type="checkbox"/> その他 | | *支払い方法については別途説明書をお読みください | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

(コピーしてお使い下さい)

住所

歯科医院