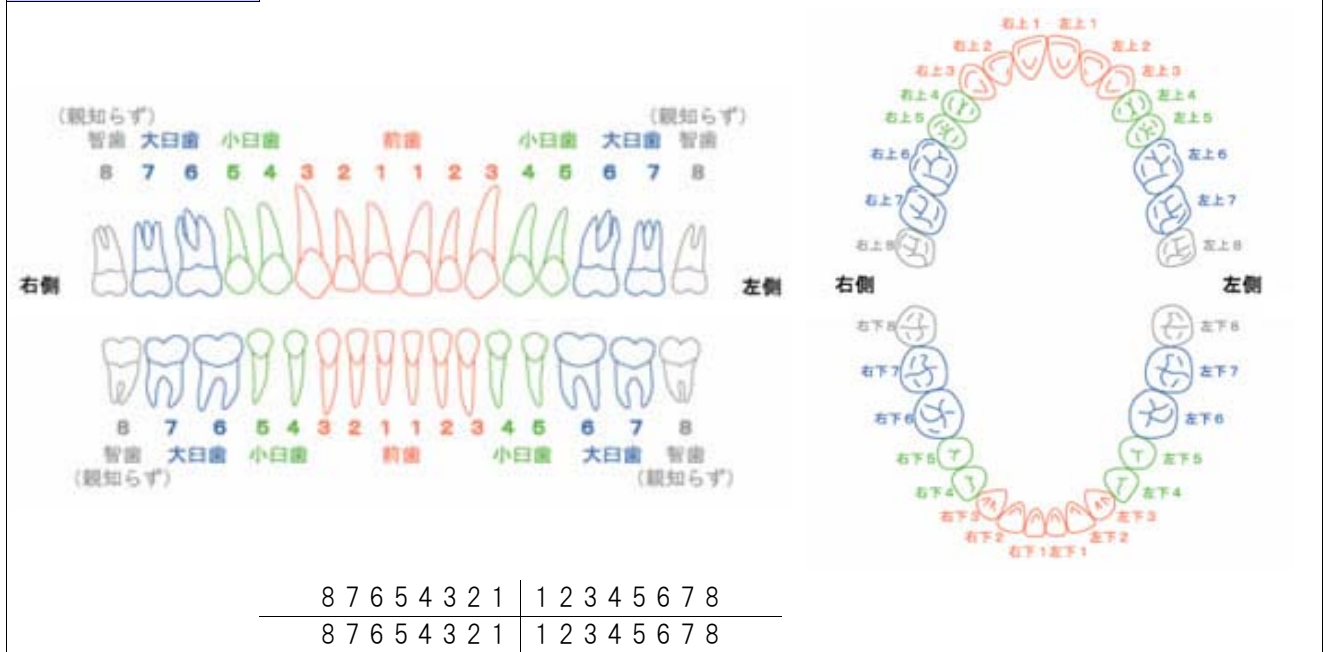


歯科用CT撮影依頼書

申請日 年 月 日

患者名	大・昭・平 年 月 日 ( 歳 )	予約希望日時	第1希望	年 月 日 ( : )
	フリガナ		第2希望	年 月 日 ( : )
	男・女		※日祝祭日を除く( ) をお願いいたします	
1・歯科医院名:				
2・歯科医師氏名				
3・住所(送り先)	〒 -			
4・医院連絡先	TEL ( ) -			
	FAX ( ) -			
	E-MAIL @			

撮影目的	<input type="checkbox"/> インプラント <input type="checkbox"/> 矯正 <input type="checkbox"/> 歯周病 <input type="checkbox"/> その他( )
撮影項目	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> CCDパノラマ <input type="checkbox"/> TMJ4分割 <input type="checkbox"/> TMJ2分割 <input type="checkbox"/> 上顎洞
撮影モード	<input type="checkbox"/> Dモードφ51×51mm(3~4歯 片顎) <input type="checkbox"/> Iモードφ79×71mm(6~7歯 上下顎)
撮影部位	撮影部位を○で囲ってください



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
画像所見希望	有・無		
撮影時の注意事項			

送付形式	送付媒体	送付方法
<input type="checkbox"/> DICOMファイル <input type="checkbox"/> 3Dビューワーソフト <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"/> 電子メール(1MB未満) <input type="checkbox"/> ダウンロード(100MB未満) ※ダウンロードは提携医院様のみ	<input type="checkbox"/> 宅急メール便 <input type="checkbox"/> 当センターまで取りに来る <input type="checkbox"/> その他( )