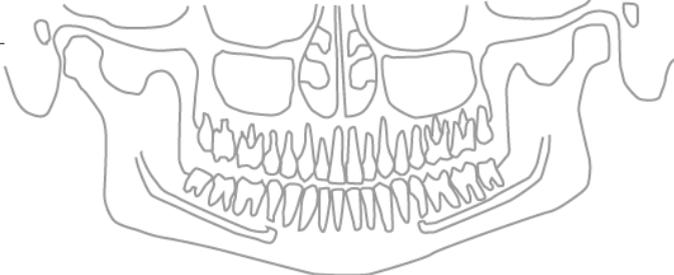


3DX 撮影依頼書

発行年月日	年 月 日	医師氏名																																		
医院名																																				
連絡先	〒 ー																																			
電話番号	()	メールアドレス																																		
患者名	フリガナ	() 歳																																		
		男・女																																		
撮影目的	<input type="checkbox"/> インプラント <input type="checkbox"/> 埋伏歯 <input type="checkbox"/> 歯内療法 <input type="checkbox"/> 歯周治療 <input type="checkbox"/> 矯正治療 <input type="checkbox"/> その他																																			
撮影範囲	<input type="checkbox"/> 40xH40(3~4歯 片顎) <input type="checkbox"/> 60xH60(6~7歯 上下顎) <input type="checkbox"/> 80xH80(上下全歯)																																			
撮影部位	<table style="border-collapse: collapse; margin: auto;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; 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="border-left: 1px solid black; 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="border-right: 1px solid black; 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="border-left: 1px solid black; 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																					
重要部	<input type="checkbox"/> 下歯槽管 <input type="checkbox"/> オトガイ孔 <input type="checkbox"/> 上顎洞 <input type="checkbox"/> TMJ (R、L) <input type="checkbox"/> 歯根 <input type="checkbox"/> その他																																			
ステント	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	※撮影部位を四角で囲って下さい																																	
撮影依頼時のコメント																																				
データ形式	<input type="checkbox"/> One Volume Viewer & One Data Viewer		<input type="checkbox"/> DICOM																																	
送付方法	<input type="checkbox"/> 患者様に渡す <input type="checkbox"/> その他 ()																																			

