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（送り先）：〒　　ー

Tel　　（　　）

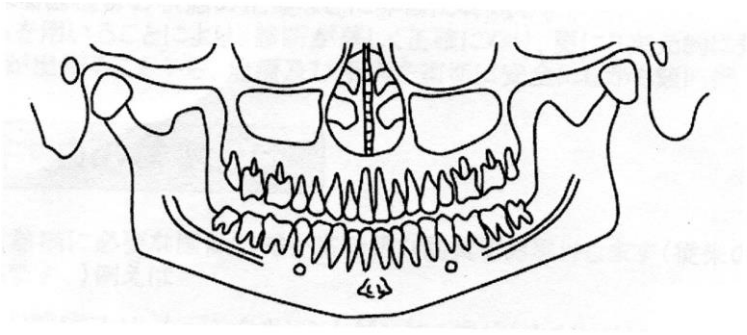
患者名	大・昭・平　　年　　月　　日
	フリガナ
	男・女

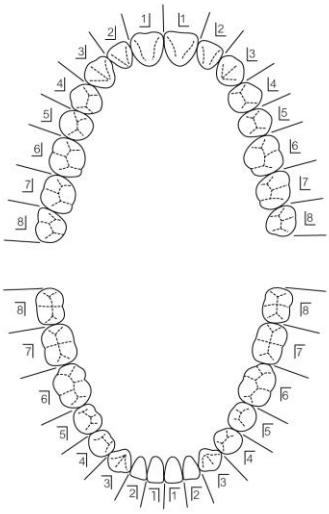
撮影目的（○印をつけてください）

- ☐ インプラント処置
- ☐ 埋伏歯処置
- ☐ 歯内療法
- ☐ 歯周治療
- ☐ 矯正治療
- ☐ 顎骨手術

撮影範囲　　40×40mm（3～4歯）　60×60mm（5～6歯）　80×80mm（7～7歯）

撮影部位　　撮影部位を四角で囲ってください





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

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	

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 ☐ DICOMファイル出力 （インプラントシュミレーションソフト用） ☐ 印刷 （等倍・拡大A4）	☐ DVD/CD-ROM ☐ なし	☐ 宅急便 ☐ 患者さんに渡す ☐ その他（　　）

（コピーしてお使い下さい）

デンタルクリニックTAKANNA－箏
住所　604-8153京都市中京区烏丸通り四条上ル箏町688
第15長谷ビル2F
Tel　075-229-6677　　Fax　075-229-6676