

3DX撮影依頼書

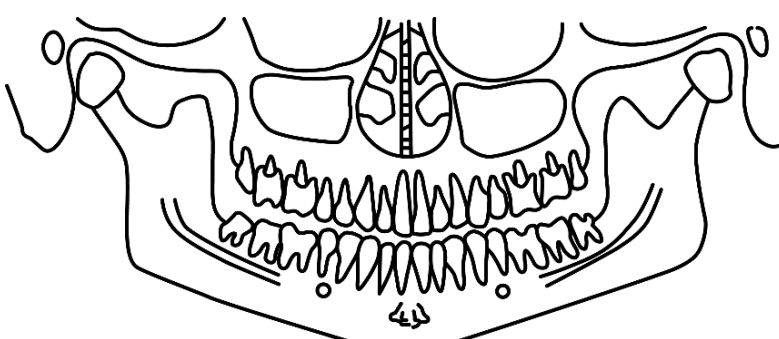
発行年月日： 年 月 日

- ・必要事項をご記入の上、事前にFAXか郵送にて当依頼書をお送りください。
- ・お電話にて撮影日をご予約ください。

依頼歯科医院名	
住所	フリガナ
TEL:	FAX: 依頼歯科医師名

撮影日に依頼歯科医師と連絡が取れる電話番号をご記入ください。

フリガナ	男	感染症既往歴	あり	なし
患者氏名	女	疾患名:		
明・大・昭・平・令	年 月 日生	過去当院での撮影経験	あり	なし
		3DX検査の撮影歴	あり	なし

撮影目的 ○をつけてください <ul style="list-style-type: none"> ・インプラント ・歯の破損 ・歯内療法 ・顎骨手術 ・歯周治療 ・矯正治療 ・埋伏歯処置 ・顎関節治療 ・その他: 	撮影部位 部位を四角で囲ってください 
必要部位 ○をつけてください <ul style="list-style-type: none"> ・上顎洞 ・下歯槽管 ・臨在歯 ・オトガイ孔 ・根尖部 ・顎関節 ・歯冠部 ・その他: 	

撮影に関する希望等	その他特記事項

データ形式 ○をつけてください <ul style="list-style-type: none"> ・One Volume Viewer ・One Data Viewer ・DICOMファイル データはCD-Rにてお渡しいたします。	データお渡し方法 ○をつけてください <ul style="list-style-type: none"> ・患者さまに渡す ・郵送 ・宅急便（着払い） 受取り希望日・時間帯：
--	---

藤井歯科医院

202005版

〒141-0032

東京都品川区大崎1丁目6-4

ニューシティ 4号館2階 メディカルスクエア

JR大崎駅北改札 [東口] より徒歩1分

TEL : 03-3779-9400 FAX : 03-3779-9401

月～金 [10:00～13:00 / 14:30～19:00]

土 [10:00～14:00]