

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

TEL:

FAX:

フリガナ

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 患者氏名 明・大・昭・平・令	男 女 年 月 日生	感染症既往歴 疾患名： 過去当院での撮影経験 3DX検査の撮影歴	あり なし なし なし あり なし あり なし
撮影目的 ○をつけてください ・インプラント ・歯内療法 ・歯周治療 ・埋伏歯処置 ・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 ・上顎洞 ・臨在歯 ・根尖部 ・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

- 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

- 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

〒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

202005版

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

月～金 [10:00～13:00 / 14:30～19:00]

土 [10:00～14:00]