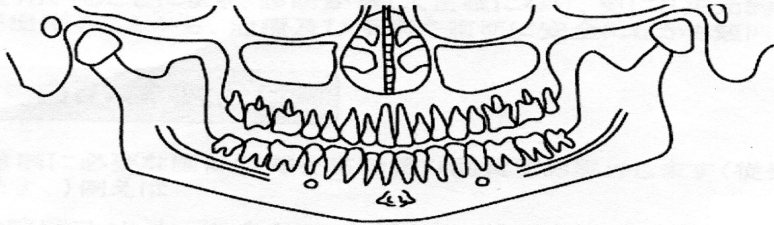
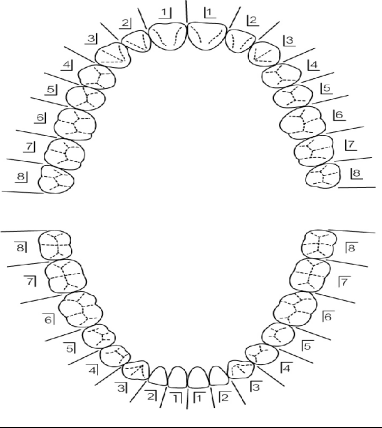


Fax送付状

返信

TROPHYPAN Plus撮影依頼書

撮影第一希望日	平成	年	月	日 ()	OK	NG	時間		OK	NG																																
撮影第二希望日	平成	年	月	日 ()	OK	NG	時間		OK	NG																																
歯科医院名:						歯科医師氏名																																				
住所(送り先):〒	-																																									
							Tel ()																																			
患者名	Pt-ID	年 月 日			撮影目的(印をつけてください)			歯周治療																																		
	大・昭・平 フリガナ				インプラント処置 埋伏歯処置 歯内療法 その他()			矯正治療 顎骨手術																																		
男・女																																										
撮影範囲	50×37mm				(50×37mm)×3																																					
撮影部位	撮影部位を四角で囲ってください																																									
																																										
<table border="1"> <tr> <td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td> </tr> <tr> <td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>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																											
スライス間隔	0.076mm			0.1mm			0.2mm																																			
撮影依頼時の注意事項																																										
送付形式	DICOMファイル			送付媒体	CD-ROM なし			送付方法	宅急便 その他()																																	

昆デンタルクリニック

〒027-0203 宮古市津軽石5 - 88 - 1

Tel 0193-67-4380

Fax 0193-67-4382