

CT撮影依頼書

貴医院名 _____

貴院連絡先 _____

担当医 _____

ふりがな 患者氏名		男 女
生年月日	大正・昭和・平成	年 月 日(満 才)
住所		
電話番号(連絡先)		

■撮影目的■

- インプラント 歯周治療 歯内療法
口腔外科 埋伏歯処置 その他()

■お渡しするデータの種類■(どちらかお選びください)

WRAP & GO(ラップ&ゴー)

simplant等のシミュレーションソフトがなくてもCTデータを見ることができます。

(推奨スペック:ペンティアムIV 2.4Ghz、または同等スペック以上、

RAM:1GB,グラフィックカード:128MB外付け、HD空き容量500MB以上、

OS:Windows XP SP2、Windows Vista *Mac OSは不可*

DICOM(ダイコム)

simplant やNobel Guide等のシミュレーションソフトで利用できます。

ご使用のシミュレーションソフト()

■当院撮影機材: 歯科用CT Axeos(アクセオス/デンツプライシロナ社)撮影範囲: 上下顎

■データの受け渡しは貴院への郵送になります。撮影費用 **金21,000円(税込)**

撮影費用は撮影時に患者様から領収いたします。

どちらの場合でもDVD-Rでのお渡しになります。

朝日歯科クリニック

〒290-0073市原市国分寺台中央1-4-11

0436(20)8588