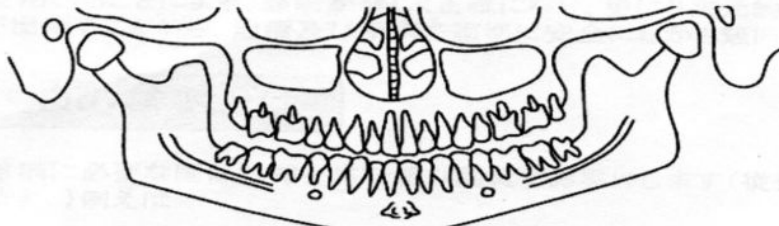
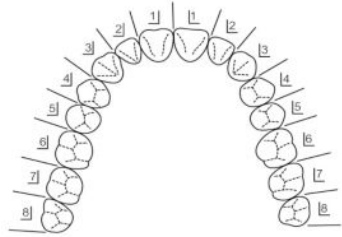
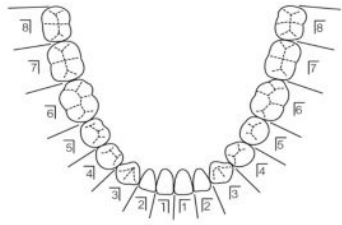


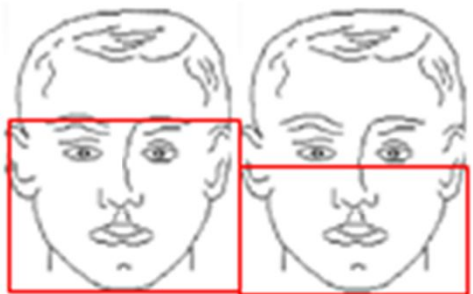
歯科用CT(3D)撮影依頼書

撮影依頼日	平成 年 月 日 ()	予約時間	:																																				
歯科医院名		歯科医師氏名																																					
住所: 〒 -																																							
Tel ()																																							
患者名	ID	撮影目的(✓を記入してください)																																					
	大・昭・平 年 月 日	<input type="checkbox"/> デンタルインプラント	<input type="checkbox"/> 歯周治療																																				
	フリガナ	<input type="checkbox"/> 埋伏歯処置	<input type="checkbox"/> 歯科矯正																																				
	男・女	<input type="checkbox"/> 歯内療法	<input type="checkbox"/> 顎骨手術																																				
		<input type="checkbox"/> その他()																																					
撮影範囲(cm)	17×13.5	17×11	17×6	10×10	8×8	10×5	5×5																																
スライス間隔(μm)	300/500	250/500	200/300	183/300	200/300	183/300	90/200																																
撮影部位	撮影部位を囲ってください																																						
																																							
<table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">8</td><td style="padding: 0 5px;">7</td><td style="padding: 0 5px;">6</td><td style="padding: 0 5px;">5</td><td style="padding: 0 5px;">4</td><td style="padding: 0 5px;">3</td><td style="padding: 0 5px;">2</td><td style="padding: 0 5px;">1</td> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">1</td><td style="padding: 0 5px;">2</td><td style="padding: 0 5px;">3</td><td style="padding: 0 5px;">4</td><td style="padding: 0 5px;">5</td><td style="padding: 0 5px;">6</td><td style="padding: 0 5px;">7</td><td style="padding: 0 5px;">8</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">8</td><td style="padding: 0 5px;">7</td><td style="padding: 0 5px;">6</td><td style="padding: 0 5px;">5</td><td style="padding: 0 5px;">4</td><td style="padding: 0 5px;">3</td><td style="padding: 0 5px;">2</td><td style="padding: 0 5px;">1</td> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">1</td><td style="padding: 0 5px;">2</td><td style="padding: 0 5px;">3</td><td style="padding: 0 5px;">4</td><td style="padding: 0 5px;">5</td><td style="padding: 0 5px;">6</td><td style="padding: 0 5px;">7</td><td style="padding: 0 5px;">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																								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">要必要部位</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 上顎洞</td> <td><input type="checkbox"/> 近心隣在歯</td> <td><input type="checkbox"/> 遠心隣在歯</td> <td><input type="checkbox"/> 歯冠部</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 根尖部</td> <td><input type="checkbox"/> 下歯槽管</td> <td><input type="checkbox"/> オトガイ孔</td> <td><input type="checkbox"/> TMJ <input type="checkbox"/> 鼻部</td> </tr> </table>				要必要部位				<input type="checkbox"/> 上顎洞	<input type="checkbox"/> 近心隣在歯	<input type="checkbox"/> 遠心隣在歯	<input type="checkbox"/> 歯冠部	<input type="checkbox"/> 根尖部	<input type="checkbox"/> 下歯槽管	<input type="checkbox"/> オトガイ孔	<input type="checkbox"/> TMJ <input type="checkbox"/> 鼻部																								
要必要部位																																							
<input type="checkbox"/> 上顎洞	<input type="checkbox"/> 近心隣在歯	<input type="checkbox"/> 遠心隣在歯	<input type="checkbox"/> 歯冠部																																				
<input type="checkbox"/> 根尖部	<input type="checkbox"/> 下歯槽管	<input type="checkbox"/> オトガイ孔	<input type="checkbox"/> TMJ <input type="checkbox"/> 鼻部																																				
撮影依頼時の注意事項																																							
送付形式		送付媒体		送付方法																																			
<input type="checkbox"/> DICOMファイル <input type="checkbox"/> 3Dビューワソフト		<input type="checkbox"/> CD-ROM <input type="checkbox"/> その他		<input type="checkbox"/> 患者さんに渡す <input type="checkbox"/> 宅配便 <input type="checkbox"/> その他()																																			
宇佐矯正歯科クリニック 〒879-0456 大分県宇佐市辛島167 TEL/FAX: 0978-33-3748																																							

TrophyPan Pro 撮影範囲一覧


9300 FOVs (Diameter x Height)

Ortho, Max-facial modes



Full jaw 17x13.5 - 12s 300μ - 500μ	Fast jaw 17x11 - 7s 250μ - 500μ
---	--

Dental mode



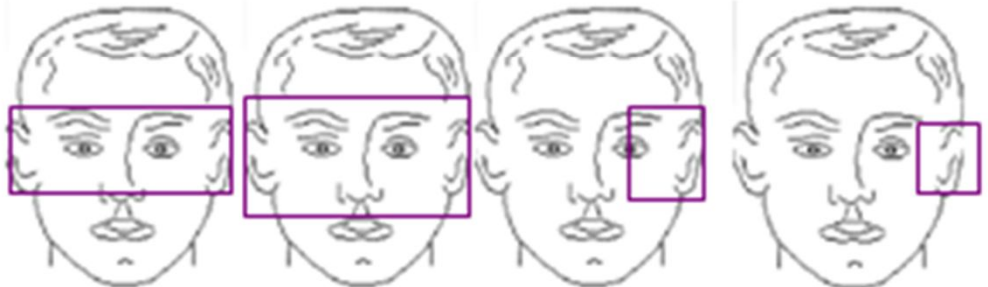
TMJ 17x6 - 9s 200μ - 300μ	One jaw 10x5 - 7s 183μ - 300μ	Both jaw 10x10 - 7s 183μ - 300μ
--	--	--

Endo mode



Fast or high quality zoom
5x5 - 12 or 20s
90μ - 200μ

ENT mode



Both ears 17x6 - 9s 200μ - 500μ	Sinus 17x11 - 20s 200μ - 300μ	Temporal bone 8x8 - 8s 200μ - 300μ	High Res Temporal bone 5x5 - 20s 90μ
--	--	---	---