

## 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22,000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