■■ ＣＴ撮影　申込書 ■■

ＣＴ撮影（GALILEOS・Sirona 社）を申し込みになりたい医院は、以下のフォームに
ご記入の上、山田歯科　　０６−６９６９−２８７７までＦＡＸお願い致します。

依頼元医院情報	■貴院名	
	■貴院住所	〒
	■担当医	
	■貴院ＴＥＬ	
	■貴院ＦＡＸ	
撮影患者情報	■患者氏名	
	■ふりがな	
	■性別	□ 男性　　□ 女性
	■住所	〒
	■電話番号	
	■生年月日	年　　月　　日
	■年令	才
オーダー情報	■撮影目的・部位	□ インプラント　□ 歯周治療　□ 歯内療法 □ 口腔外科　　□ その他（　　）
	■お渡しするデータの種類	□ Wrap&Go（ラップ&ゴー）シロナ社フォーマット・3D ビュアー付 □ DICOM（ダイコム）・・・□ 3D 構築・表示できる DICOM ビュアーを持っている（Simplant ・ Nobel Guid ・ 10DR・Osirix 等） □ 2D 表示のみの DICOM ビュアーを持っている
	■データの受渡方法	□ 患者への手渡し　　□ 貴院への郵送
	■撮影希望日	平成　　年　　月　　日　　曜
	■撮影希望時間	□ＡＭ　□ＰＭ　　時　　分

※推奨スペック：※推奨スペック：PentiumⅣ2.4GHz 同等スペック以上、　メインメモリ:1GB 以上、HDD：500MB 以上の空き、グラフィックメモリ：128MB 以上（メインメモリとの共有不可）、OS:WindowsXP・WindowsVista（MacOS は不可）

ご希望の撮影日時に添えない場合は山田歯科よりご連絡いたします。