

-----歯科用CT(ガリレオス)-----

歯科医院名:		担当医:	
住所(送り先): 〒    —			
患者名	大・昭・平           年       月       日	撮影目的(○印をつけてください)	
	フリガナ	<input type="checkbox"/> インプラント処置	<input type="checkbox"/> 歯周治療
	連絡先	<input type="checkbox"/> 埋伏歯処置	<input type="checkbox"/> 矯正治療
	男・女	<input type="checkbox"/> 歯内療法	
撮影範囲	全顎	上顎	下顎
撮影部位	撮影部位を○で囲ってください		
			
ステント	有・無		
インプラント診断	有・無	スライス厚	0.15mm      0.3mm
撮影依頼時の注意事項			

※コピーしてお使い下さい

わかまつ歯科

住所 〒315-0018      茨城県 石岡市 若松 2-1-53  
 TEL:0299-24-1184      FAX:0299-24-1184