

3D模型 依頼書 (CT依頼と重複することは省略)

発行年月日	201 年 月 日														
歯科医師氏名															
歯科医院名															
住所(送り先) 〒	-														
email		Tel ()													
患者名	西暦 年 月 日	造形目的(○印をつけてください) <input type="checkbox"/> インプラント処置 <input type="checkbox"/> 歯周治療 <input type="checkbox"/> 埋伏歯処置 <input type="checkbox"/> 矯正治療 <input type="checkbox"/> 歯内療法 <input type="checkbox"/> 顎骨手術 <input type="checkbox"/> その他													
	フリガナ														
	男・女														
造形範囲 3D模型を造形する部分を四角で囲ってください。															
															
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;">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"/> 眼窩下孔</td> </tr> </table>				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"/> 眼窩下孔
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"/> 眼窩下孔												
3D 模型製作について		DICOMデータ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり													
ABSプラスチック で3D模型を製作します。 メタルの補綴物が多いケースでは、アーチファクトが正確に出にくいいため、患者さんの模型が必要になり、技工士が修正することがあります。 DICOMデータをお持ちであれば、3D模型だけの製作もできます。CTを咬合させて撮影すると咬合した状態で、造形されます。ロールワッテなどを入れて、上下顎を離した状態でCTを撮影して下さい。															
貴方クリニックから送られる患者様 データ		こちらから送るもの													
<input type="checkbox"/> 患者様		<input type="checkbox"/> DICOM データ													
<input type="checkbox"/> DICOMデータ		<input type="checkbox"/> 石膏模型 (返却)													
<input type="checkbox"/> 石膏模型(アーチファクトが多い時)		<input type="checkbox"/> 3D模型													
		送付方法													
		<input type="checkbox"/> 宅急便													
		<input type="checkbox"/> 来院する													
		<input type="checkbox"/> その他()													

3Dモデルデンタルガイド

e-mail 3dmodel@dental-guide.net

住所107-0061 東京都港区北青山3-10-9川島ビル3階

Tel 03-3486-6546 03-3486-6480 FAX 03-3486-6547

3Dモデル担当 山中