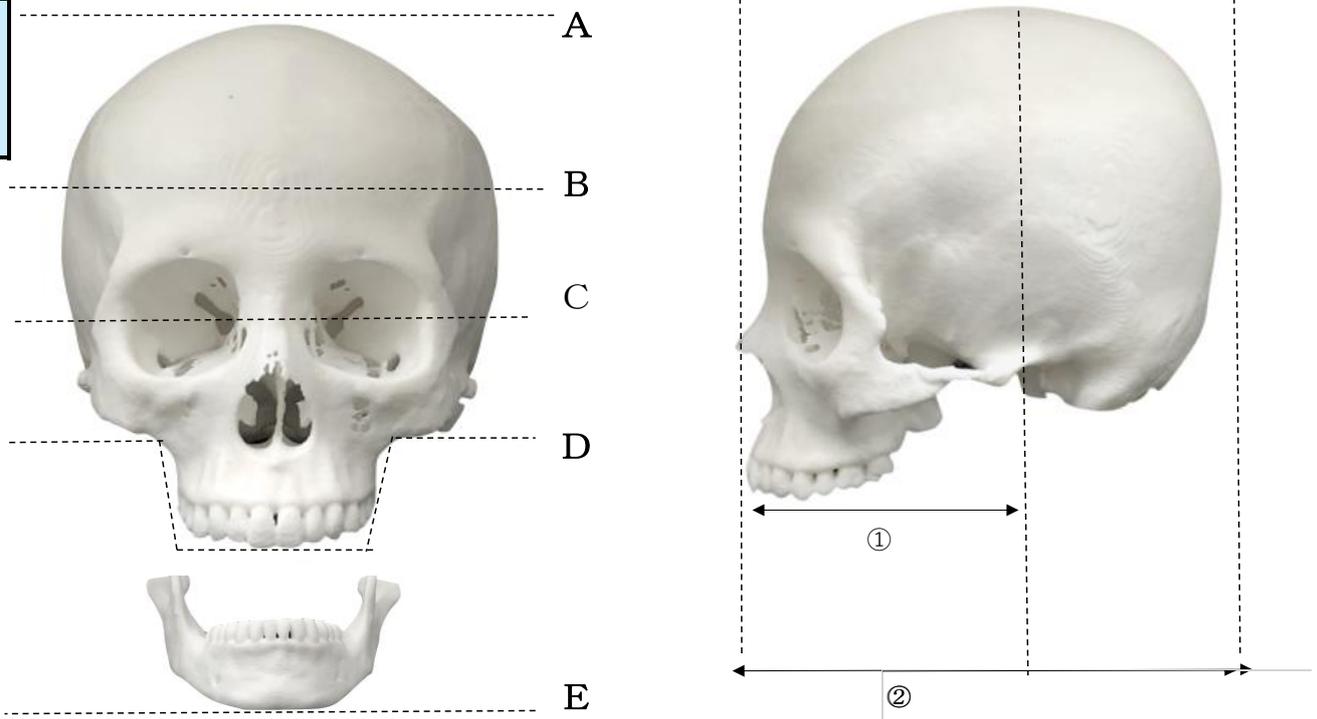


# 記入例 3D・オーダーシート ※印は必須項目です

FAXにて076-288-7608まで送信をお願いいたします。

発注日※	○年 ○月 ○日	納品希望日※	○年 ○月 ○日
患者様名※	デントニウム 太郎 様		(AM・PM必着)
医療機関名※	デントニウム 様	診療科及び担当者名※	○○科/○○様
住所※	〒○○○ - ○○○○ △△県△△市△△町△△番地		
電話番号※	○○○-○○○-○○○○	FAX番号	
e-mail※	○○ @ ○○.ne.jp		

モデル  
製作範囲



製作範囲  上下顎 (一体 Or 分離)     上顎のみ     下顎のみ     下顎補強バー

指示※ 記入例 C～E①    上記①～④を囲んでください

ご要望  
その他

傷病名および目的 ・ 特に関心領域をお知らせください。

## 注意事項

※① データ方式：DICOMデータのみ受け付け可能となっております。

※② スライス画像：Axial方向のスライス画像で同シリーズ

骨幹部を抜かれて撮影された場合でも同シリーズになっていれば利用可能です。

※③スライス厚み：2mm以下・出来るだけ薄めのもの

※④撮影条件：軟部条件推奨 GE・Standard

TOSHIBA・FC01・FC03・FC04・FC10・FC15 (FC30はNG)

有限会社 デントニウム

〒929-0455 石川県河北郡津幡町倉見1119

TEL (076) 288-7008 FAX (076) 288-7608

アドレス cadcam@dentnium.com

※ご不明な点はお気軽にお問い合わせください

