

顎模型製作依頼書

受付日	平成 年 月 日	発送日	平成 年 月 日	ご希望納期	月 日
-----	----------	-----	----------	-------	-----

医院名		住所	〒		
送付 CD	枚		TEL:	FAX:	
依頼模型	上顎 下顎	患者名		性別	男 女
			Mail:		

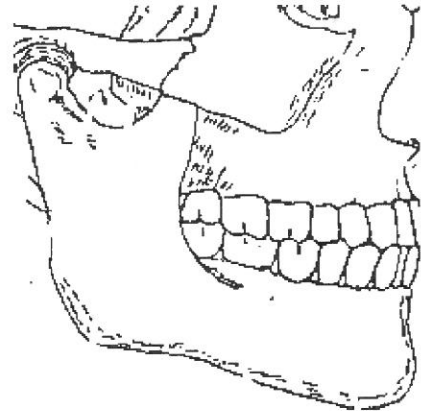
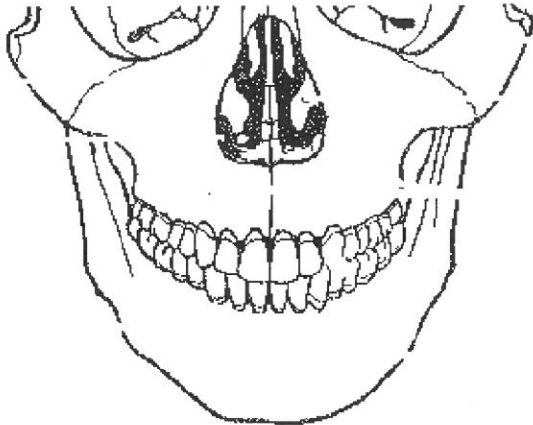
* 受付日、及び発送日は記載しないでください。(製作時当社記載欄)

* 上下顎ご希望の場合は、両方を丸で囲んでください。

◎ ハレーションを起こしていた場合、歯牙の再現が難しくなります。歯牙のどこまで再現したいかを明記ください。

- 撮影されている限界まで再現したい。 再現不能であれば削除してもよい。

必要な模型の範囲、もしくは切断したい箇所があればラインを入れてください。



◎ コメント (どの部分が特に必要か具体的にご記入ください)

◎ DICOMデータを確認させて頂いて、不明慮な点があった場合、当社担当者よりご質問させていただきます。その場合の通信方法と、貴医院への連絡方法を必ず1つ明記してください。

- FAXでよい 電話でよい メールでよい

3D撮影時の注意事項

ハレーションで潰れた画像は再現不能で、下記注意事項を遵守して頂ければ、正確な顎模型をお届けする事が出来ます。

1. 撮影時、義歯を含めた、可撤式の補綴物は出来るだけ外して撮影してください。
2. 顎位が安定しない場合は、シリコン・プラスチック系(金属で無いもの)の物を噛ませて安定させてください。
3. 上下顎の対合歯に金属補綴している場合は、ハレーションを起こしますので、撮影時は、非金属性のバイトを噛ませて撮影してください。

模型のご依頼・郵送先：生体モデル造形センター

株式会社 UPTRUST TEL 06-6927-7645 FAX 06-6927-7706

〒534-0023 大阪市都島区都島南通 1-14-4