

人工頭蓋骨発注指示書

病院名	_____			御担当医師	_____		
患者名	_____			<input type="checkbox"/> 男性	<input type="checkbox"/> 女性	年齢	_____
画像撮影日	年	月	日	納品御希望日	年	月	日
発注日	年	月	日	人工骨埋入手術日	年	月	日
お預かり資料	<input type="checkbox"/> CD-R	<input type="checkbox"/> DVD-R	<input type="checkbox"/> USBフラッシュメモリー	<input type="checkbox"/> インターネットストレージ			
取扱いディーラー	_____			担当者名	_____		

御要望、注意点

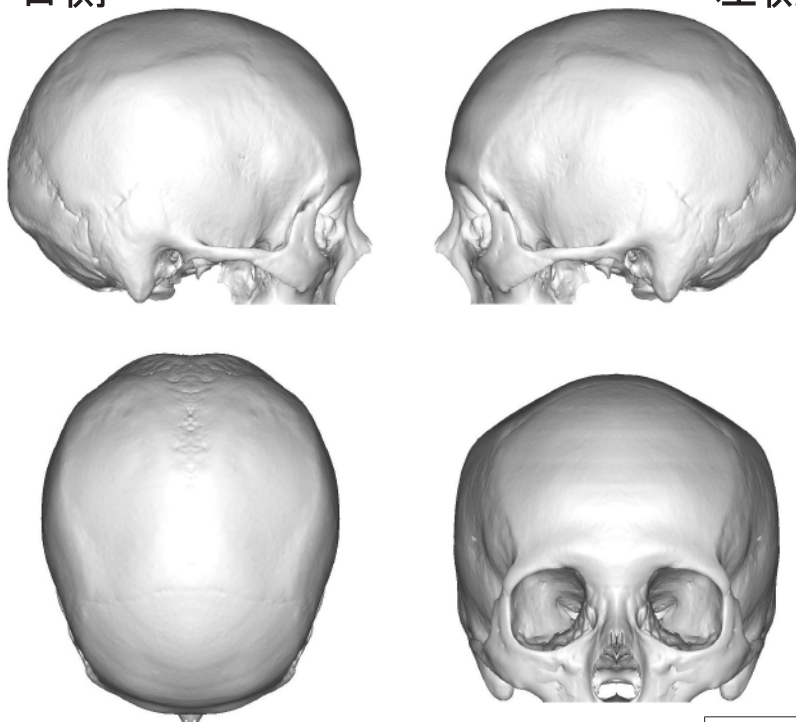
- 使用原材料 骨セメント (種類 _____) その他
- 表面整状 滑沢 粗雑
- 厚み 通常 薄く 母床骨より _____ mm 薄く
- 周囲 通常 _____ mm 小さく
- 下部 通常 側頭筋付近下部 _____ mm カット
- テティングホール 通常 カスタム 大 _____ 個 小 _____ 個

本品は厚生労働省告示特定保険医療材料を使用し医師の指示に従って術前に加工するカスタムメイド人工骨です。ご指示を頂いた医師以外絶対に使用しないで下さい。

欠損部分を必ず下記に御記入下さい

右側

左側



当社は、医師の裁量権と自己決定権を尊重し従い、また個人情報保護に関する法律及び各種ガイドライン等を厳守し実践致します。ご不明点等お気軽にお問い合わせ願います。

	責任者	日付
御担当医師		年 月 日
ディーラー担当者		年 月 日
アヘッドラボラトリーズ		年 月 日