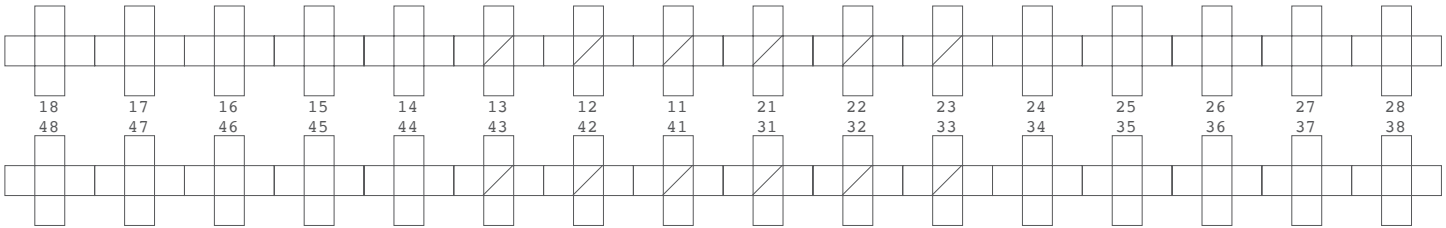
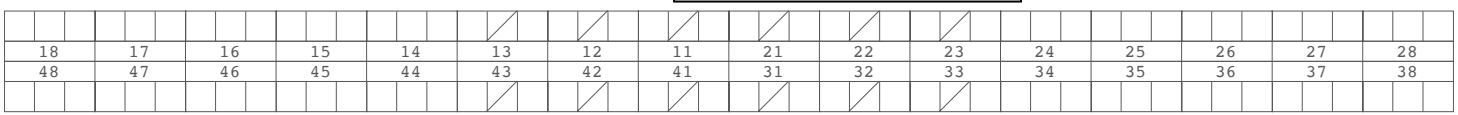
ICDAS & XR recording sheet *Name* *ID*

注：MIH、Erosion、シーラントなどはICDASに記入する

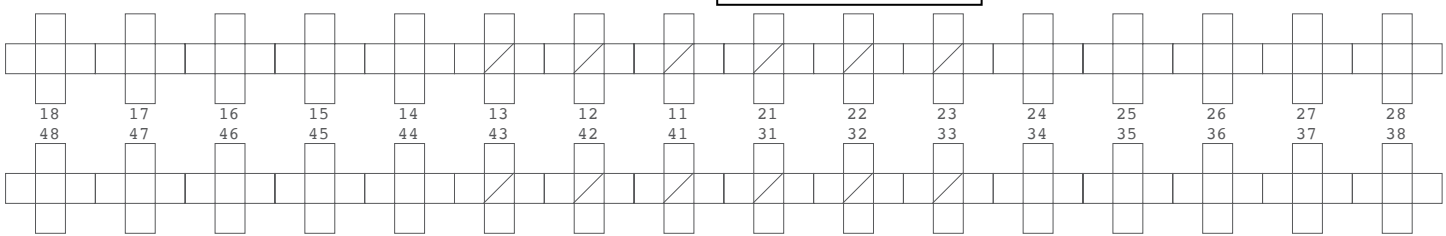
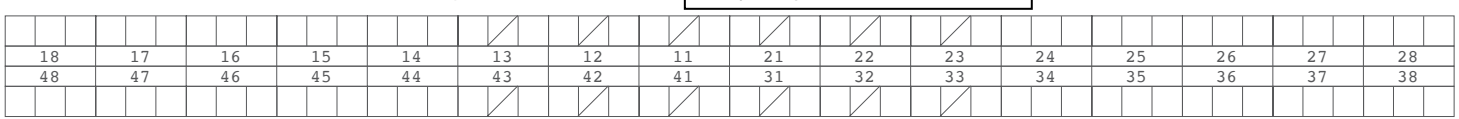
ICDAS 検査DH 診査Dr 年 月 日 ☐ ICDAS1~4なし



XR 撮影Dr 診査Dr 年 月 日 ☐ 撮影部位にXR1~5なし



ICDAS 検査DH 診査Dr 年 月 日 ☐ ICDAS1~4なし



XR 撮影Dr 診査Dr 年 月 日 ☐ 撮影部位にXR1~5なし