



技工指示書

<input type="checkbox"/> 相談	<input type="checkbox"/> 模型返送 破棄	<input type="checkbox"/> 相談のみ	<input type="checkbox"/> 相談→保留	<input type="checkbox"/> 相談→装置製作	患者さんの主訴、治療開始の希望
<input type="checkbox"/> 装置製作依頼		<input type="checkbox"/> 修理		<input type="checkbox"/> 上顎から <input type="checkbox"/> 下顎から <input type="checkbox"/> 上下同時に <input type="checkbox"/> 希望無し <input type="checkbox"/> 主訴のみ	
ふりがな		カルテ		Dr.からのコメント・治療方針	
Pt.		歳	ヶ月	性別	今回製作する装置は…
Imp		月	日	次回アポイント	月
月		日		前回製使用した装置は…	上・下 平行・ファン・前方・後方・縮・サンド・その他
上顎 R L 下顎 単 <input type="checkbox"/> Eにクラスプ希望 (+) <input type="checkbox"/> スプリング希望 (+) <input type="checkbox"/> 先欠歯の有・無 (+) <input type="checkbox"/> 動揺歯の有・無 (+) レスト付 / 単 <input type="checkbox"/> 平行 <input type="checkbox"/> ファン <input type="checkbox"/> 閉鎖型 <input type="checkbox"/> 唇側線のみ <input type="checkbox"/> 後方 <input type="checkbox"/> 前方 <input type="checkbox"/> 縮小 <input type="checkbox"/> 縮小 <input type="checkbox"/> 後方 <input type="checkbox"/> 縮小 <input type="checkbox"/> 閉鎖型 <input type="checkbox"/> 唇側線のみ <input type="checkbox"/> 縮小 <input type="checkbox"/> 縮小 <input type="checkbox"/> 舌癖除去装置 <input type="checkbox"/> 舌癖除去装置 <input type="checkbox"/> 閉鎖型 <input type="checkbox"/> 閉鎖型 <input type="checkbox"/> 舌挙上板 <input type="checkbox"/> 舌挙上板 <input type="checkbox"/> 3×3スプリング <input type="checkbox"/> 3×3スプリング <input type="checkbox"/> 保定装置 <input type="checkbox"/> ソフトリテーナー <input type="checkbox"/> 保定装置 <input type="checkbox"/> ソフトリテーナー		装置のカラーをご指定下さい 上顎 <input type="checkbox"/> 下顎 <input type="checkbox"/> 1. ピンク 2. イエロー 3. パープル 4. クリア 5. ブルー 6. ライトグリーン 7. オレンジ 8. イエローラメ 9. パープルラメ 10. クリアラメ 11. レッド 12. レッドラメ ケースの希望をご指定下さい 普通 <input type="checkbox"/> 車 <input type="checkbox"/> 1. ピンク 2. ブルー 3. 黒 4. クリア 5. 黄色 その他 <input type="checkbox"/> 鈴木への質問 <input type="checkbox"/> 技工士へのご要望 <input type="checkbox"/> 一般矯正について			
休診日		日・月・火・水・木・金・土		都道府県	
医院名		都道府県		TEL	
Dr		TEL		E-mail	



技工指示書

<input type="checkbox"/> 相談	<input type="checkbox"/> 模型返送 破棄	<input type="checkbox"/> 相談のみ	<input type="checkbox"/> 相談→保留	<input type="checkbox"/> 相談→装置製作	患者さんの主訴、治療開始の希望
<input type="checkbox"/> 装置製作依頼		<input type="checkbox"/> 修理		<input type="checkbox"/> 上顎から <input type="checkbox"/> 下顎から <input type="checkbox"/> 上下同時に <input type="checkbox"/> 希望無し <input type="checkbox"/> 主訴のみ	
ふりがな		カルテ		Dr.からのコメント・治療方針	
Pt.		歳	ヶ月	性別	今回製作する装置は…
Imp		月	日	次回アポイント	月
月		日		前回製使用した装置は…	上・下 平行・ファン・前方・後方・縮・サンド・その他
上顎 R L 下顎 単 <input type="checkbox"/> Eにクラスプ希望 (+) <input type="checkbox"/> スプリング希望 (+) <input type="checkbox"/> 先欠歯の有・無 (+) <input type="checkbox"/> 動揺歯の有・無 (+) レスト付 / 単 <input type="checkbox"/> 平行 <input type="checkbox"/> ファン <input type="checkbox"/> 閉鎖型 <input type="checkbox"/> 唇側線のみ <input type="checkbox"/> 後方 <input type="checkbox"/> 前方 <input type="checkbox"/> 縮小 <input type="checkbox"/> 縮小 <input type="checkbox"/> 後方 <input type="checkbox"/> 縮小 <input type="checkbox"/> 閉鎖型 <input type="checkbox"/> 唇側線のみ <input type="checkbox"/> 縮小 <input type="checkbox"/> 縮小 <input type="checkbox"/> 舌癖除去装置 <input type="checkbox"/> 舌癖除去装置 <input type="checkbox"/> 閉鎖型 <input type="checkbox"/> 閉鎖型 <input type="checkbox"/> 舌挙上板 <input type="checkbox"/> 舌挙上板 <input type="checkbox"/> 3×3スプリング <input type="checkbox"/> 3×3スプリング <input type="checkbox"/> 保定装置 <input type="checkbox"/> ソフトリテーナー <input type="checkbox"/> 保定装置 <input type="checkbox"/> ソフトリテーナー		装置のカラーをご指定下さい 上顎 <input type="checkbox"/> 下顎 <input type="checkbox"/> 1. ピンク 2. イエロー 3. パープル 4. クリア 5. ブルー 6. ライトグリーン 7. オレンジ 8. イエローラメ 9. パープルラメ 10. クリアラメ 11. レッド 12. レッドラメ ケースの希望をご指定下さい 普通 <input type="checkbox"/> 車 <input type="checkbox"/> 1. ピンク 2. ブルー 3. 黒 4. クリア 5. 黄色 その他 <input type="checkbox"/> 鈴木への質問 <input type="checkbox"/> 技工士へのご要望 <input type="checkbox"/> 一般矯正について			
休診日		日・月・火・水・木・金・土		都道府県	
医院名		都道府県		TEL	
Dr		TEL		E-mail	

いつでも治療相談にお応え。質の高い「床矯正装置」をご提供。だからこそ、安心して患者様の治療に専念していただけます。

床矯正装置の設計相談について

矯正治療を行ううえで、独自に研鑽されていても治療経過が思わしくなく、想定外の事が生じてお困りの先生がいるとお聞きしています。その治療を放棄するのではなく、改善して継続する為に電話での治療相談をお受けさせて頂いております。私、鈴木は25年に渡り「床矯正治療」を行っており、17,000症例ほどの治療をして参りました。多くの先生方から



歯科医師 鈴木 設矢

の模型相談を受け、数多くの質問や疑問の解消に努めてまいりました。床矯正は不正咬合治療にとって有効な治療法と考えますが、診断と治療開始時期の判断を間違えると大変苦労します。日本の子どもたちの歯並びをもっとキレイに、「早期治療」をもっとあたりまえのものにするために、お困りのことなどありましたら、ぜひともご相談ください。模型やレントゲン写真などの具体的な資料もお送りいただければ、詳しいご相談にもお応えできます。さまざまな床装置の設計・製作につきましても柔軟に対応させていただきます。



装置の製作・設計相談

模型相談につきましては無料で承っております。オーラルアカデミーは、「床矯正装置」の製作と「床矯正治療」の相談を承ります。

床矯正装置と一般矯正装置の技工製作・相談お問い合わせ先

有限会社オーラルアカデミー



HPはこちら

☎ 03-5380-2336 FAX 03-3389-6810

〒165-0025 東京都中野区沼袋3-30-15 info@oral-academy.com



もっともっとあたりまえの「治療」へ。日本における先駆者として、「床矯正」の研究・普及を推進しています。

小児の早期治療「床矯正」を導入してみませんか？

困ったときに具体的なアドバイスや症例の相談ができる。優れた技工士による高品質で安全・安心な装置を使用できる。そして、貴院の売り上げアップも実現できます。



初回限定 床矯正装置製作 10%OFF

床矯正治療のはじめかた 5冊プレゼント

症例相談も無料



価格表(税込)

床矯正装置(唇側線・クラスプを含む)

スクリュー有(平行拡大・ファンタイプ・前方・後方) -----

スクリュー無(閉鎖型・ループ付き) -----

スクリュー無(ホーレータイプ) -----

スクリュー・チタン(変更・追加)

スクリュー追加/1個(前方・後方) -----

縮小スクリュー・メモリスクリュー変更 -----

カラーレジン(ピンク・クリア以外) -----

チタン変更(アレルギー対応) -----

オプション

スプリング追加 / (ループ・カタナリー・前方・後方など) -----

ループカバー(閉鎖型と併用) -----

斜面板 -----

オクルーザルテーブル -----

タンガード -----

舌拳上板 -----

パラタルバー加工 -----

ネーム入れ -----

クローザットクラスプ変更の場合 -----

スキャンデータから装置製作

上下模型+スクリュー有1個 ※上下装置製作の場合、装置代金のみ加算されます -----

その他、一般矯正装置も承っております。詳しくはホームページをご覧ください。

選べるケース(パナチェッカー付き)

ケースは1回の製作につき1つお付けしております。※1回の製作で、上下製作した場合も1つです。患者さんが自分で拡大量を計れるパナチェッカー付き。パナチェッカーもケース1つにつき1つ付いてきます。技工指示書の希望欄に記入がない場合は普通をお送りいたします。

普通 ピンク、ブルー、黒、クリア、黄色 **パナチェッカー**



車 ピンク、ブルー、黒、クリア、黄色 **パナチェッカー**



上顎平行拡大



下顎平行拡大



閉鎖型



さまざまな装置に対応いたします!



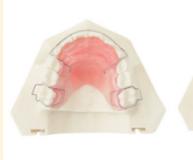
ファンタイプ



前方移動



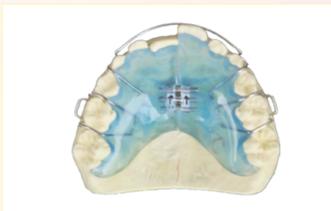
斜面版



タンガード



装置のカラーはお選びいただけます。※ピンクとクリア以外は別途費用がかかります。



納期について

装置納品までには、前後10~14日間ほど頂戴いたしております。指示書記載のアポイント日を確認しておりますので、お急ぎのご要望にも対応できるよう心がけて参ります。患者様とのアポイントは余裕を持ってお取り下さいますようお願い申し上げます。

送料について

模型や技工指示書をお送りいただく際は、誠に恐縮ではございますが、送料は貴医院でご負担くださいますようお願いいたします。床装置納品時は一律550円(税込)の配送手数料をご請求書に加算させていただきます。

お支払いについて

銀行振込 ▶ ご請求書をお送りさせていただきます。請求書に記載された振込先にお振込をお願いいたします。

(みずほ銀行・三菱UFJ銀行にて承っております。)

口座振替 ▶ 毎月1日~月末迄のご利用を翌月26日にお引き落としさせていただきます。ご希望の方に、「振替依頼書」をお送りいたしますのでお手続きをお願いいたします。

~装置の製作依頼について~

装置製作する範囲の印象がとれているか、模型の変形などないかのご確認をお願いいたします。設計に確認事項がある場合、事務局からお電話をさせていただく場合がありますのでご了承くださいませ。また、技工物のご相談がある際は、トリミングが済み、バイトを書き込んで頂くのがスムーズです。ご協力のほど何卒よろしくお願い申し上げます。

皆様へのメッセージ



オーラルアカデミーでは、あらゆる方に「安心・安全」にお使いいただける品質の高い床矯正装置を製作いたします。

オーラルアカデミーは、歯科医師が中心となって2000年に設立された「床矯正研究会」を前身として運営を行ってまいりました。「子どもの歯並びをキレイにしたい」という理念のもと、当時ヨーロッパで主流だった「床矯正」の研究・普及を推進しています。弊社床矯正器具が患者の皆さまの歯列不正の改善に貢献することができれば、こんなに嬉しいことはありません。



~相談時指示書の記入方法~

- ① 相談・製作依頼・修理
- ② 患者さんのお名前、年齢
- ③ 歯列図
- ④ 口腔内の情報
- ⑤ 各種床装置
- ⑥ 医院の情報
- ⑦ 患者さんからの主訴・治療開始の希望
- ⑧ Dr.からのコメント・治療計画
- ⑨ ケースの希望
- ⑩ その他



※ご相談内容を必ずご記入ください。電話でお話する際、送った指示書のコピー、複製型、床矯正の手引き書籍がお手元にあると、よりご理解していただき易いと思います。

例1、「相談のみ」の場合

<input checked="" type="checkbox"/>	相談のみ → 模型返却・破棄	相談 → 保留	相談 → 装置製作
-------------------------------------	-----------------------	---------	-----------

相談のみ及び模型返送が破棄に印をつけてください。電話相談後、模型返送が破棄いたします。

例2、「相談→保留」の場合

相談のみ → 模型返却・破棄	<input checked="" type="checkbox"/>	相談 → 保留	相談 → 装置製作
----------------	-------------------------------------	---------	-----------

患者さんの確認を必要とする場合はこちらに印をつけてください。電話相談後、患者さんの確認が取れるまで技工部でお預かりいたします。

例3、「相談→装置製作」の場合

相談のみ → 模型返却・破棄	相談 → 保留	<input checked="" type="checkbox"/>	相談 → 装置製作
----------------	---------	-------------------------------------	-----------

電話相談後、装置製作にかかります。

患者さんの氏名(ふりがな)、年齢、性別をご記入ください。年齢、性別は治療方針決定に必要です。

ふりがな			
Pt.	歳	ヶ月	男・女

※ご相談、ご質問のあるときは、「東京の鈴木です。ご相談の件で…」[…院長先生お願いします]と言うかたちでお電話させていただきます。オペアなどで都合が悪い場合、不在の場合は、どう対処していただくかスタッフの方にも協力いただければ幸いです。

模型の送り先▶▶▶

模型、技工指示書などの資料を右記にお送りください。
品名▶模型※ワレモノに丸をしてください。

スキャンデータの送り先▶▶▶

HPの専用ページよりお送りください。

有限会社オーラルアカデミー



〒1165-0025 東京都中野区沼袋3-30-15 ☎03-5380-2336

専用ページはこちらから▶▶▶

