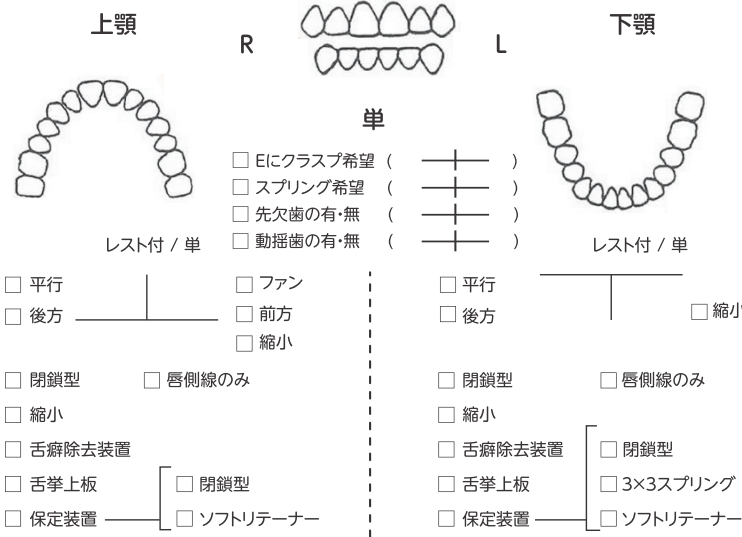
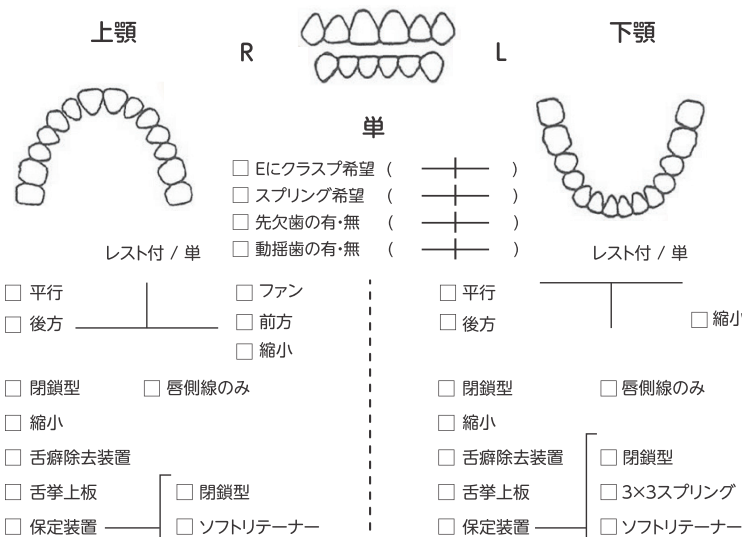


技工指示書

	☐ 相談	模型返送 破棄	☐ 相談のみ	☐ 相談→保留	☐ 相談→装置製作	患者さんの主訴、治療開始の希望																																							
	☐ 装置製作依頼		☐ 修理			☐ 上顎から ☐ 下顎から ☐ 上下同時に ☐ 希望無し ☐ 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・・			上顎/初めて()個目 下顎/初めて()個目																																				
Imp			月	日	次回アポイント	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 						装置のカラーをご指定下さい 上顎 ☐ 下顎 ☐ <table><tr><td>1.</td><td>ピンク</td><td>2.</td><td>イエロー</td><td>3.</td><td>パープル</td><td>4.</td><td>クリア</td></tr><tr><td>5.</td><td>ブルー</td><td>6.</td><td>ライトグリーン</td><td>7.</td><td>オレンジ</td><td>8.</td><td>イエローラメ</td></tr><tr><td>9.</td><td>パープルラメ</td><td>10.</td><td>クリアラメ</td><td>11.</td><td>レッド</td><td>12.</td><td>レッドラメ</td></tr></table> ケースの希望をご指定下さい 普通 ☐ 車 ☐ <table><tr><td>1.</td><td>ピンク</td><td>2.</td><td>ブルー</td><td>3.</td><td>黒</td><td>4.</td><td>クリア</td><td>5.</td><td>黄色</td></tr></table> その他 ☐ 鈴木への質問 ☐ 技工士へのご要望 ☐ 一般矯正について						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	1.	ピンク	2.	ブルー	3.	黒	4.	クリア	5.	黄色
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																																						
1.	ピンク	2.	ブルー	3.	黒	4.	クリア	5.	黄色																																				
休診日			日・月・火・水・木・金・土																																										
医院名			都道府県																																										
Dr			TEL																																										
E-mail																																													

技工指示書

	☐ 相談	模型返送 破棄	☐ 相談のみ	☐ 相談→保留	☐ 相談→装置製作	患者さんの主訴、治療開始の希望																																							
	☐ 装置製作依頼		☐ 修理			☐ 上顎から ☐ 下顎から ☐ 上下同時に ☐ 希望無し ☐ 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・・			上顎/初めて()個目 下顎/初めて()個目																																				
Imp			月	日	次回アポイント	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 						装置のカラーをご指定下さい 上顎 ☐ 下顎 ☐ <table><tr><td>1.</td><td>ピンク</td><td>2.</td><td>イエロー</td><td>3.</td><td>パープル</td><td>4.</td><td>クリア</td></tr><tr><td>5.</td><td>ブルー</td><td>6.</td><td>ライトグリーン</td><td>7.</td><td>オレンジ</td><td>8.</td><td>イエローラメ</td></tr><tr><td>9.</td><td>パープルラメ</td><td>10.</td><td>クリアラメ</td><td>11.</td><td>レッド</td><td>12.</td><td>レッドラメ</td></tr></table> ケースの希望をご指定下さい 普通 ☐ 車 ☐ <table><tr><td>1.</td><td>ピンク</td><td>2.</td><td>ブルー</td><td>3.</td><td>黒</td><td>4.</td><td>クリア</td><td>5.</td><td>黄色</td></tr></table> その他 ☐ 鈴木への質問 ☐ 技工士へのご要望 ☐ 一般矯正について						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	1.	ピンク	2.	ブルー	3.	黒	4.	クリア	5.	黄色
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																																						
1.	ピンク	2.	ブルー	3.	黒	4.	クリア	5.	黄色																																				
休診日			日・月・火・水・木・金・土																																										
医院名			都道府県																																										
Dr			TEL																																										
E-mail																																													