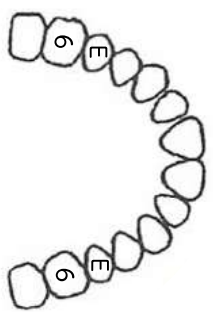
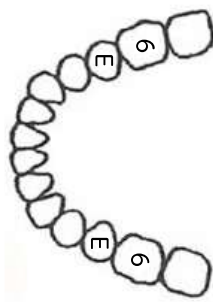


患者名(ふりがな)	<input type="checkbox"/> 相談のみ		<input type="checkbox"/> 破棄	<input type="checkbox"/> 相談→保留	<input type="checkbox"/> 相談→装置製作
	<input type="checkbox"/> 装置製作依頼(石膏模型)		<input type="checkbox"/> 模型返却	<input type="checkbox"/> スキャムで装置製作依頼(デジタル)	<input type="checkbox"/> 修理
カルテ					
患者名(ふりがな)	様 歳 カ月 男・女				
印象日	月 日	次回アポイント	月 日	午前・午後	
患者さんの主訴、治療開始の希望	<input type="checkbox"/> 上顎から <input type="checkbox"/> 下顎から <input type="checkbox"/> 上下同時				
今回製作する装置は	上顎/初めて()回目	下顎/初めて()回目			
前回使用した装置は...	上・下	平行・フアン・前方・後方・縮小・サンプ・その他()			

●製作希望の装置にチェックしてください ※図に動かしたい方向の矢印、又はスプリングの絵を記入



上顎



下顎

- 維持お任せ
- Eにクラスプ希望
- スプリング希望
- 先欠歯の有・無
- 動揺歯の有・無

- 平行
- 後方
- 閉鎖型
- 縮小(近心移動)
- フアン
- 前方
- ホーラー
- タンガード

- 平行
- 後方
- 閉鎖型
- 縮小(近心移動)
- 平行
- 後方
- ホーラー
- 舌拳上坂

●床の色をご指定ください。色見本からご希望の色を選んで記載してください。

上顎【 】下顎【 】※番号の記載がなければ基本色のピンクで製作させていただきます。

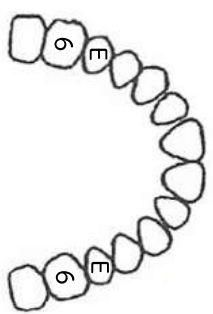
●装置ケースをご指定ください。ケースの形 **普通** **車** ご希望のケースの形と色番号に○

1	ブルー	2	ピンク	3	黄色	4	グリア	5	黒
---	-----	---	-----	---	----	---	-----	---	---

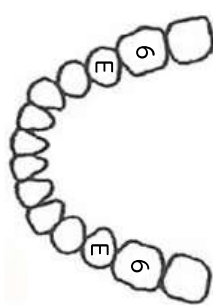
会員番号	医療名	担当医
都道府県	TEL	
休診日	月 火 水 木 金 土 日 祝	E-mail
Dr.からのコメント・治療方針	その他	<input type="checkbox"/> 鈴木先生への質問 <input type="checkbox"/> 技工士への要望

患者名(ふりがな)	<input type="checkbox"/> 相談のみ		<input type="checkbox"/> 破棄	<input type="checkbox"/> 相談→保留	<input type="checkbox"/> 相談→装置製作
	<input type="checkbox"/> 装置製作依頼(石膏模型)		<input type="checkbox"/> 模型返却	<input type="checkbox"/> スキャムで装置製作依頼(デジタル)	<input type="checkbox"/> 修理
カルテ					
患者名(ふりがな)	様 歳 カ月 男・女				
印象日	月 日	次回アポイント	月 日	午前・午後	
患者さんの主訴、治療開始の希望	<input type="checkbox"/> 上顎から <input type="checkbox"/> 下顎から <input type="checkbox"/> 上下同時				
今回製作する装置は	上顎/初めて()回目	下顎/初めて()回目			
前回使用した装置は...	上・下	平行・フアン・前方・後方・縮小・サンプ・その他()			

●製作希望の装置にチェックしてください ※図に動かしたい方向の矢印、又はスプリングの絵を記入



上顎



下顎

- 維持お任せ
- Eにクラスプ希望
- スプリング希望
- 先欠歯の有・無
- 動揺歯の有・無

- 平行
- 後方
- 閉鎖型
- 縮小(近心移動)
- フアン
- 前方
- ホーラー
- タンガード

- 平行
- 後方
- 閉鎖型
- 縮小(近心移動)
- 平行
- 後方
- ホーラー
- 舌拳上坂

●床の色をご指定ください。色見本からご希望の色を選んで記載してください。

上顎【 】下顎【 】※番号の記載がなければ基本色のピンクで製作させていただきます。

●装置ケースをご指定ください。ケースの形 **普通** **車** ご希望のケースの形と色番号に○

1	ブルー	2	ピンク	3	黄色	4	グリア	5	黒
---	-----	---	-----	---	----	---	-----	---	---

会員番号	医療名	担当医
都道府県	TEL	
休診日	月 火 水 木 金 土 日 祝	E-mail
Dr.からのコメント・治療方針	その他	<input type="checkbox"/> 鈴木先生への質問 <input type="checkbox"/> 技工士への要望