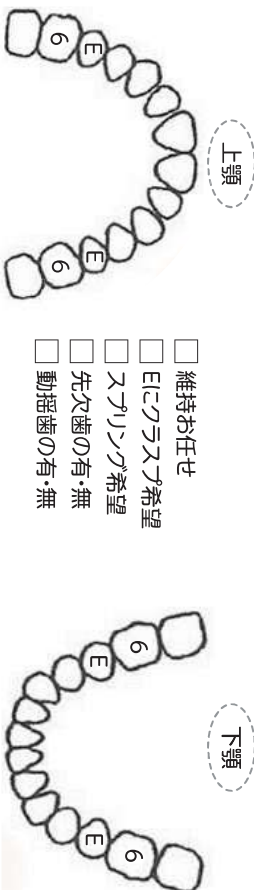


<input type="checkbox"/> 相談のみ	<input type="checkbox"/> 破棄	<input type="checkbox"/> 相談→保留	<input type="checkbox"/> 相談→装置製作
	<input type="checkbox"/> 模型返却		
<input type="checkbox"/> 装置製作依頼(石膏模型)	<input type="checkbox"/> スキャマで装置製作依頼(デジタル)	<input type="checkbox"/> 修理	
患者名(ふりがな) <span style="float:right">カルテ</span>			
様 歳 月 日 午前・午後 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・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 ※図に動かし方向の矢印、又はスプリングの絵を記入



- 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)
- ホーラー
- 舌拳上坂
- 閉鎖型
- 縮小(近心移動)

●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。

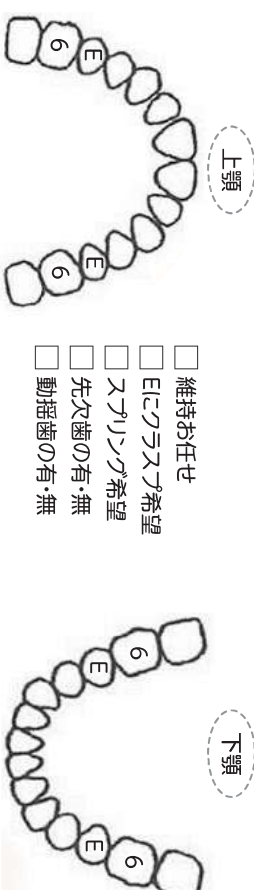
●装置ケースをご指定ください。ケースの形(普通)車(ご希望のケースの形と色番号に○)

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

会員番号	医院名	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	

<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"/> 模型返却		
<input type="checkbox"/> 装置製作依頼(石膏模型)	<input type="checkbox"/> スキャマで装置製作依頼(デジタル)	<input type="checkbox"/> 修理	
患者名(ふりがな) <span style="float:right">カルテ</span>			
様 歳 月 日 午前・午後 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・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 ※図に動かし方向の矢印、又はスプリングの絵を記入



- 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)
- ホーラー
- 舌拳上坂
- 閉鎖型
- 縮小(近心移動)

●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	クリア	5	黒
---	-----	---	-----	---	----	---	-----	---	---

会員番号	医院名	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	