

FAX:03-3389-6810

技工指示書

発行日 年 月 日

	☐ 相談のみ	☐ 破棄 ☐ 模型返却	☐ 相談→保留	☐ 相談→装置製作
	☐ 装置製作依頼(石膏模型)		☐ スキャモで装置製作依頼(デジタル)	☐ 修理
患者名(ふりがな)			カルテ	
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 ☐ 上顎から ☐ 下顎から ☐ 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・ファン・前方・後方・縮小・サンド・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

☐ 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)

☐ ファン
☐ 前方
☐ ホーレー
☐ タンガード

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)

☐ ホーレー
☐ 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	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 ☐ 鈴木先生への質問 ☐ 技工士への要望			

FAX:03-3389-6810

技工指示書

発行日 年 月 日

	☐ 相談のみ	☐ 破棄 ☐ 模型返却	☐ 相談→保留	☐ 相談→装置製作
	☐ 装置製作依頼(石膏模型)		☐ スキャモで装置製作依頼(デジタル)	☐ 修理
患者名(ふりがな)			カルテ	
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 ☐ 上顎から ☐ 下顎から ☐ 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・ファン・前方・後方・縮小・サンド・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

☐ 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)

☐ ファン
☐ 前方
☐ ホーレー
☐ タンガード

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)

☐ ホーレー
☐ 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	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 ☐ 鈴木先生への質問 ☐ 技工士への要望			