

技工指示書



<input type="checkbox"/> 相談 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="text-align: center;">模型返送 破棄</td> </tr> </table> <input type="checkbox"/> 相談のみ <input type="checkbox"/> 相談→保留 <input type="checkbox"/> 相談→装置製作		模型返送 破棄	患者さんの主訴、治療開始の希望																																				
模型返送 破棄																																							
<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																																					
Pt.		今回製作する装置は… <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td>上顎/初めて()個目</td> <td>下顎/初めて()個目</td> </tr> </table>	上顎/初めて()個目	下顎/初めて()個目																																			
上顎/初めて()個目	下顎/初めて()個目																																						
Imp		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 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td>R</td> <td>歯列図</td> <td>L</td> </tr> </table> 下顎		R	歯列図	L	装置のカラーをご指定下さい 上顎 <input type="checkbox"/> 下顎 <input type="checkbox"/> <table border="1" style="width: 100%;"> <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 <input type="checkbox"/> 車 <input type="checkbox"/> <table border="1" style="width: 100%;"> <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 <input type="checkbox"/> 鈴木への質問 <input type="checkbox"/> 技工士へのご要望ございましたらお聞かせください	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
R	歯列図	L																																					
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																													
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 (<input type="checkbox"/>)																																							
レスト付 / 単 <input type="checkbox"/> 平行 <input type="checkbox"/> 後方 <input type="checkbox"/> ファン <input type="checkbox"/> 前方 <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"/> 舌癖除去装置 <input type="checkbox"/> 舌挙上板 <input type="checkbox"/> 保定装置																																							
<input type="checkbox"/> 閉鎖型 <input type="checkbox"/> ソフトリテーナー																																							
<input type="checkbox"/> 平行 <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"/> 舌癖除去装置 <input type="checkbox"/> 舌挙上板 <input type="checkbox"/> 保定装置																																							
<input type="checkbox"/> 縮小 <input type="checkbox"/> 閉鎖型 <input type="checkbox"/> 3×3スプリング <input type="checkbox"/> ソフトリテーナー																																							
休診日		日・月・火・水・木・金・土																																					
医院名		都道府県																																					
Dr		TEL																																					

技工指示書



<input type="checkbox"/> 相談 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="text-align: center;">模型返送 破棄</td> </tr> </table> <input type="checkbox"/> 相談のみ <input type="checkbox"/> 相談→保留 <input type="checkbox"/> 相談→装置製作		模型返送 破棄	患者さんの主訴、治療開始の希望																																				
模型返送 破棄																																							
<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																																					
Pt.		今回製作する装置は… <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td>上顎/初めて()個目</td> <td>下顎/初めて()個目</td> </tr> </table>	上顎/初めて()個目	下顎/初めて()個目																																			
上顎/初めて()個目	下顎/初めて()個目																																						
Imp		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 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td>R</td> <td>歯列図</td> <td>L</td> </tr> </table> 下顎		R	歯列図	L	装置のカラーをご指定下さい 上顎 <input type="checkbox"/> 下顎 <input type="checkbox"/> <table border="1" style="width: 100%;"> <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 <input type="checkbox"/> 車 <input type="checkbox"/> <table border="1" style="width: 100%;"> <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 <input type="checkbox"/> 鈴木への質問 <input type="checkbox"/> 技工士へのご要望ございましたらお聞かせください	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
R	歯列図	L																																					
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																													
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 (<input type="checkbox"/>)																																							
レスト付 / 単 <input type="checkbox"/> 平行 <input type="checkbox"/> 後方 <input type="checkbox"/> ファン <input type="checkbox"/> 前方 <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"/> 舌癖除去装置 <input type="checkbox"/> 舌挙上板 <input type="checkbox"/> 保定装置																																							
<input type="checkbox"/> 閉鎖型 <input type="checkbox"/> ソフトリテーナー																																							
<input type="checkbox"/> 平行 <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"/> 舌癖除去装置 <input type="checkbox"/> 舌挙上板 <input type="checkbox"/> 保定装置																																							
<input type="checkbox"/> 縮小 <input type="checkbox"/> 閉鎖型 <input type="checkbox"/> 3×3スプリング <input type="checkbox"/> ソフトリテーナー																																							
休診日		日・月・火・水・木・金・土																																					
医院名		都道府県																																					
Dr		TEL																																					