

●記載事項に漏れがありますと製作ができませんので必ずご記入をお願いします。

医院名 _____
 住所 _____
 電話番号 _____
 FAX 番号 _____
 修了書 No. _____
 メールアドレス _____ @ _____
 WEB 受付番号 _____

症例番号 No. _____ 納品予定日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 AM・PM
 FURIGANA (必ずローマ字でご記入下さい) _____
 患者名 _____ 装着予定日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 AM・PM
 年齢 _____ 歳 カ月 _____ 男・女 _____ 休診日 _____
 印象採得日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (日) (月) (火) (水) (木) (金) (土) (祝日)

依頼内容 新規 アソアライナーフル リファイン アソアライナーフル
ディテリングアライナー ディテリングアライナー
 ・リファインの事由 アンフィット 治療方針変更 その他 ()
 ・リファイン時のステップ番号 上顎 () 下顎 ()

Set up 上顎 下顎 部位 ()
非抜歯
抜歯 時期 初回 or () step目
 抜歯部位 ()

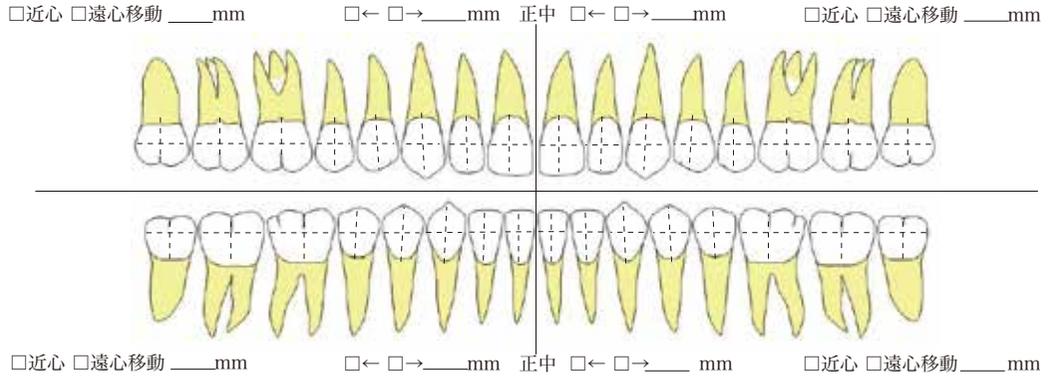
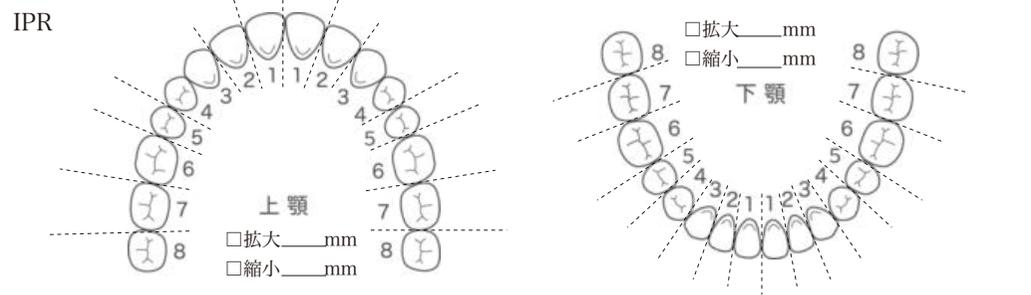
内容 正中一致
白歯近心移動 _____mm 遠心移動 _____mm
側方拡大 _____mm 縮小 _____mm
 IPR 可 不可
 ※右図に詳細ご記入をお願いします。

アタッチメント・有 (部位 _____) 無
 アタッチメント付与タイミング 初回 その他 ()
 ※何ステップ目等、付与のタイミングをご記入下さい。

仕様 ・移動量 ※フルパッケージの場合 1step あたり 0.25mm が目安になります。(移動量最大 0.3mm)
 ご希望の移動量 0.25mm 0.3mm _____mm
 ・叢生の改善方法
 側方拡大 あり _____mm 必要に応じて _____mm なし
 ・唇側傾斜 あり _____mm 必要に応じて _____mm なし
 IPR あり _____mm 必要に応じて _____mm なし
 ・被蓋の改善
 Deepbite
 前歯の圧下 上顎 下顎 _____mm
 Open bite
 前歯の挺出 上顎 下顎 _____mm
 白歯の圧下 上顎 下顎 _____mm
 ・白歯関係 現状維持 I 級関係に改善
 I 級関係に改善の場合
 白歯部における IPR 遠心移動

治療項目詳細

<上顎> _____
 <下顎> _____
 主訴 _____



- ・インプラントやブリッジ、アンキローシス等により移動不可の歯
- ・前回の治療計画で行った IPR
 治療計画に基づいて IPR を行っている IPR は行っていない

コメント欄 アタッチメント、ボタン、その他技工物との併用など指示内容の詳細ご記入下さい。

記載された条件に合意し、依頼します。
 担当者 (歯科医師) の署名

 _____ 年 _____ 月 _____ 日 氏名: _____