



医院名 _____

<休診日>

日 月 火 水 木 金 土

症例番号 _____

歳 ヶ月 男・女

(フリガナ)

患者名 _____

納期指定日:

年 月 日

装着日:

年 月 日

送付資料 模型 上・下 Bite Bracket Other ()

《Set up》

① Set up ... Upper Lower MTM (範囲)

② Set up check ... あり なし

③ 抜歯部位 ()

④ アーチシェイプ Maintain (患者さまのアーチを維持)
 Squared Tapered Ovoid Roth tru-arch Alexander
 Other ()

⑤ 前歯部トルク ※ () 内に歯式をご記入ください。

上顎前歯部トルク ... 現在の () のトルクを基準とし、前歯部を排列
 現在の () から + / - () ° とし、それに合わせて前歯部を排列
下顎前歯部トルク ... 現在の () のトルクを基準とし、前歯部を排列
 現在の () から + / - () ° とし、それに合わせて前歯部を排列

※ 下表は Ideal の数値です。必要な場合の上書きください。

| U3R | U2R | U1R | U1L | U2L | U3L |
|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| -2 | 7 | 12 | 12 | 7 | -2 |
| L3R | L2R | L1R | L1L | L2L | L3L |
| -2 | 0 | 0 | 0 | 0 | -2 |

⑥ アンギュレーション Ideal (下記表の数値)
 オーバーコレクション (必要な場合下記表に上書きください。)

| U7R | U6R | U5R | U4R | U3R | U2R | U1R | U1L | U2L | U3L | U4L | U5L | U6L | U7L |
|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 0 | 0 | 0 | 0 | 11 | 9 | 5 | 5 | 9 | 11 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| L7R | L6R | L5R | L4R | L3R | L2R | L1R | L1L | L2L | L3L | L4L | L5L | L6L | L7L |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 6 | 4 | 2 | 2 | 4 | 6 | 0 | 0 | 0 | 0 |

二次受託者 名称 _____
住所 _____

《Bracket positioning》

① 使用ブラケット

<上顎> ... 前歯 ... STb Clippy-L kurz Other ()
小白歯 ... STb Clippy-L kurz Other ()
第一大臼歯 ... STb Clippy-L kurz () Other ()
第二大臼歯 ... STb Clippy-L kurz () Other ()
<下顎> ... 前歯 ... STb Clippy-L kurz Other ()
小白歯 ... STb Clippy-L kurz Other ()
第一大臼歯 ... STb Clippy-L kurz () Other ()
第二大臼歯 ... STb Clippy-L kurz () Other ()

② Base resin Transbond Enlight Other ()
 Kommonbase resin (Clear Clear pink)

③ 歯肉切除 可 _____ mm 不可

④ ワイヤデザイン ストレート (可及的に)
 マッシュルーム (小白歯、大臼歯間バンド 可 不可)

⑤ ワイヤチャート チャートのみ
 チャート + アイデアアルアーチワイヤー (.018 × .025SS)

《Core》

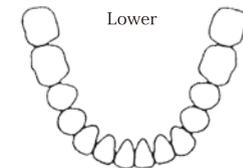
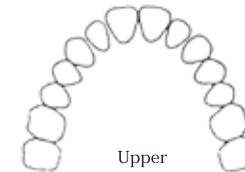
① コア製作部位 Upper Lingual Labial
 Lower Lingual Labial

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

② コアタイプ Hybrid core CRC Kommon base Other ()

《その他指示》

① TPA



Comments: _____

記載された条件に合意し、依頼します。

担当者 (歯科医師) ご署名 _____ 年 月 日 氏名: _____