



専用技工指示書

●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
FURIGANA (必ずローマ字でご記入下さい)	年 月 日 AM・PM
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 ☐LuxClear 4D (Aligner) (☐1年コース ☐3年コース)

☐LuxClear 5D (Aligner+IDB) (☐1年コース ☐3年コース)

・IDB開始 ☐Aligner→IDB ☐IDB→Aligner 特記事項 ()

☐リファイン

・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 枚目 上顎 () 下顎 ()

Set up

・☐上顎 ☐下顎 部位 ()

・☐非抜歯

☐抜歯 時期 ☐初回 or () 枚目

抜歯部位 ()

内容

・☐正中一致

・☐臼歯近心移動 ____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。

仕様

・移動量 1枚あたり 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

臼歯の圧下 ☐上顎 ☐下顎 ____ mm

・臼歯関係 ☐現状維持 ☐I 級関係に改善

I 級関係に改善の場合

臼歯部における ☐IPR ☐遠心移動

	治療項目詳細	
	<上顎>	<下顎>
主訴		

IPR

上顎

☐拡大 ____mm

☐縮小 ____mm

下顎

☐拡大 ____mm

☐縮小 ____mm

☐近心 ☐遠心移動 ____mm ☐← ☐→ ____mm 正中 ☐← ☐→ ____mm ☐近心 ☐遠心移動 ____mm

☐近心 ☐遠心移動 ____mm ☐← ☐→ ____mm 正中 ☐← ☐→ ____mm ☐近心 ☐遠心移動 ____mm

- ・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

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：