

医院名			
<small>※納品先、請求先の異なる場合は詳細をご記入下さい</small>			
ご担当医	休診日	日・月・火・水・木・金・土・祝	
フリガナ	症例番号		
患者名	年齢 / 性別	歳	ヶ月 / 男・女
	印象採得日	年	月 日
セット日	年 月 日 AM / PM	納品日	年 月 日 AM / PM
送付資料	<input type="checkbox"/> 模型 (上顎・下顎) <input type="checkbox"/> バイト <input type="checkbox"/> STLデータ <input type="checkbox"/> ブラケット <input type="checkbox"/> その他 ()		
SETUP	<input type="checkbox"/> ANALOG SETUP <input type="checkbox"/> DIGITAL SETUP <input type="checkbox"/> UPPER <input type="checkbox"/> LOWER <input type="checkbox"/> MTM (部位)		
SETUP CHECK	<input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> アイデアルアーチ <input type="checkbox"/> オーバーコレクション) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> セットアップモデルを送付 <input type="checkbox"/> メールにて画像で確認 <input type="checkbox"/> メールにてSTLデータで確認		
SETUP DETAIL			
	抜歯部位 : <input type="checkbox"/> NON-EXT <input type="checkbox"/> EXT IPR : <input type="checkbox"/> 可 (1歯につき 近心最大 mmまで 遠心最大 mmまで) <input type="checkbox"/> 不可 咬合関係 : 犬歯 <input type="checkbox"/> Class I <input type="checkbox"/> Class II <input type="checkbox"/> Class III 第一大臼歯 <input type="checkbox"/> Class I <input type="checkbox"/> Class II <input type="checkbox"/> Class III 咬合調整 : <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 歯列弓幅径 : 犬歯間 <input type="checkbox"/> 現状維持 <input type="checkbox"/> 拡大 (mm) 第一大臼歯間 <input type="checkbox"/> 現状維持 <input type="checkbox"/> 拡大 (mm)		

目標とするアーチフォーム (目安として) :

Normal Tapered Ovoid Narrow Tapered Narrow Ovoid

可及的に移動量を少なくする その他 ()

オーバーコレクション : 有 無

UPPER	17	16	15	14	13	12	11	ANGULATION	21	22	23	24	25	26	27
								TORQUE							
LOWER	47	46	45	44	43	42	41	ANGULATION	31	32	33	34	35	36	37
								TORQUE							

Rotation / その他 :

Bracket Positioning

UPPER (Lingual Labial) Bond () Band ()
 LOWER (Lingual Labial) Bond () Band ()

Indirect Core

CRC Kommon Base その他 ()

Base Resin

Transbond (3M) Kommon Base Resin (GC) その他 ()

コメント

弊社 使用 欄	荷受日	同封物	担当技工士	検品
		模型 : 上顎 () 下顎 () バイト : COバイト () CRバイト () 資料 : 写真 () CD () STLデータ () その他 ()		

