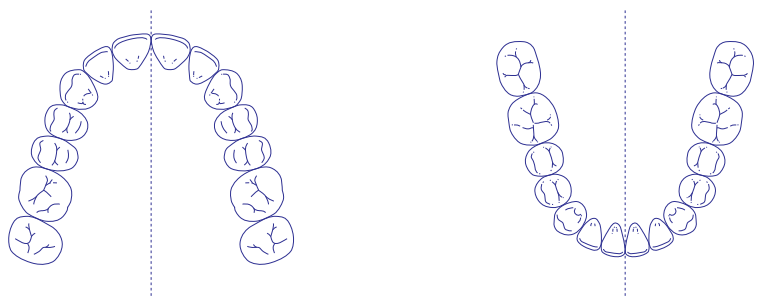









医院名	※納品先、請求先の異なる場合は詳細をご記入下さい																																																																																																																																	
ご担当医	休診日	日・月・火・水・木・金・土・祝																																																																																																																																
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	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)																																																																																																																																	
SETUP DETAIL	目標とするアーチフォーム (目安として) :	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Tapered <input type="checkbox"/> Ovoid <input type="checkbox"/> Narrow Tapered <input type="checkbox"/> Narrow Ovoid 																																																																																																																																
		<input type="checkbox"/> 可及的に移動量を少なくする <input type="checkbox"/> その他 (      ) オーバーコレクション : <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無																																																																																																																																
		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; font-size: x-small;"> <tr> <td rowspan="2" style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">UPPER</td> <td>17</td><td>16</td><td>15</td><td>14</td><td>13</td><td>12</td><td>11</td><td></td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td> </tr> <tr> <td colspan="8">ANGULATION</td> <td colspan="8"></td> </tr> <tr> <td colspan="8">TORQUE</td> <td colspan="8"></td> </tr> <tr> <td colspan="16" style="text-align: center;">  </td> </tr> <tr> <td rowspan="2" style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">LOWER</td> <td>47</td><td>46</td><td>45</td><td>44</td><td>43</td><td>42</td><td>41</td><td></td><td>31</td><td>32</td><td>33</td><td>34</td><td>35</td><td>36</td><td>37</td> </tr> <tr> <td colspan="8">ANGULATION</td> <td colspan="8"></td> </tr> <tr> <td colspan="8">TORQUE</td> <td colspan="8"></td> </tr> <tr> <td colspan="16" style="text-align: center;">  </td> </tr> </table>	UPPER	17	16	15	14	13	12	11		21	22	23	24	25	26	27	ANGULATION																TORQUE																																LOWER	47	46	45	44	43	42	41		31	32	33	34	35	36	37	ANGULATION																TORQUE																															
	UPPER	17		16	15	14	13	12	11		21	22	23	24	25	26	27																																																																																																																	
ANGULATION																																																																																																																																		
TORQUE																																																																																																																																		
																																																																																																																																		
LOWER	47	46	45	44	43	42	41		31	32	33	34	35	36	37																																																																																																																			
	ANGULATION																																																																																																																																	
TORQUE																																																																																																																																		
																																																																																																																																		
	Rotation / その他 :																																																																																																																																	
Bracket Positioning	<input type="checkbox"/> UPPER ( <input type="checkbox"/> Lingual <input type="checkbox"/> Labial ) Bond (      ) Band (      ) <input type="checkbox"/> LOWER ( <input type="checkbox"/> Lingual <input type="checkbox"/> Labial ) Bond (      ) Band (      )																																																																																																																																	
Indirect Core	<input type="checkbox"/> CRC <input type="checkbox"/> Kommon Base <input type="checkbox"/> その他 (      )																																																																																																																																	
Base Resin	<input type="checkbox"/> Transbond (3M) <input type="checkbox"/> Kommon Base Resin (GC) <input type="checkbox"/> その他 (      )																																																																																																																																	
コメント																																																																																																																																		
弊社使用欄	荷受日	同封物																																																																																																																																
		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 (      )																																																																																																																																
	担当技工士	検品																																																																																																																																

