

キュアアライナーオーダーシート

記入日 年 月 日

| | | | |
|-----|--|-------|--|
| 医院名 | | 御担当者名 | |
| 住所 | | | |

| |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ◆注意事項◆ 弊社からの確認メール送信後5日以内（公休日を含む）にご返信くださいませ。ご連絡をいただけない場合は、納期の都合上制作を進行させていただきます。予めご了承の程、何卒よろしくお願い致します。 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| | | |
|-----|------|------------|
| No. | 患者氏名 | フリガナ(ローマ字) |
|-----|------|------------|

印象採取日

シミュレーション納期

プラン ☐ ライト ☐ スタンダード ☐ プレミアム ☐ simulationのみ

正中

模型スタイル ☐ 模型 ☐ デジタルデータ

オプション ☐ スピード納期 ☐ リテーナー（通常・タグラスタフ）



| | | |
|-------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 主訴 | <input type="checkbox"/> 上顎 | <input type="checkbox"/> 下顎 |
| ※上下顎作製部位に✓してください。 | | ※治療方針が明確になるように記載してください。 |

| | |
|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| simulation1 | simulation2 |
| Ext <input type="checkbox"/> Non Ext <input type="checkbox"/> Ext() | Ext <input type="checkbox"/> Non Ext <input type="checkbox"/> Ext() |
| ※複数ある場合は右欄にもご記載ください。 | |

IPR（可 / 否） アタッチメント（可 / 否） ボタンカット（可 / 否）

| | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| IPR/アタッチメント/ボタンカット（希望部位があれば○を付けてください） | | | | | | | | | | | | | |
| 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 |

| |
|--------------------------------------------------------------------------------------|
| 発注技工所：株式会社one step 〒164-0001 東京都中野区中野5-1-6 ダイヤモンドビル中野1階 TEL：03-6454-0897 |
|--------------------------------------------------------------------------------------|

| |
|---------|
| その他・備考等 |
|---------|

..... 技工所記入欄

材料 ☐ Draft Resin(V2) ☐ Fastモデルジン ☐ 他レジジン（ ） ☐ スプリットプレミアム ☐ コピーラスタ ☐ その他（ ）

【3Dプリンター使用量】 ml 【ディテイナー枚数】 枚 【製作者】 ⑥ 【Wチェック】 ⑥

