

担当者()

医院名： 患者名：(ID:)

SETUP納期： IDBS納期：

依頼内容 :☐ フルリンガル ☐ ハーフリンガル ☐ フルラビアル
SETUP： ☐ 全体矯正() ☐ 部分矯正()
EXT： ☐ NONEXT ☐ EXT()

近遠心移動量：

	R6	L6
UPPER		
LOWER		

☐ 移動量任意

製作部位:

リンガル

ラビアル

☐ ラビアルトレー

DENTAL IMPLANT：部位() ブラケット材料： ☐ クリッピー L ☐ その他()

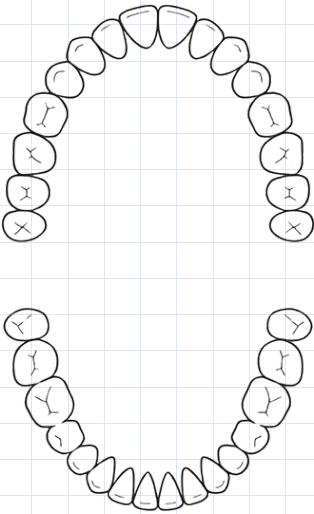
正中：

☐ クリッピー C

ワイヤー： ☐ ワイヤー任意 ※片顎5本まででお願いします

	COPPER NI-TI	NI-TI	GM	TMA	SS
UPPER	<input type="checkbox"/> .014 <input type="checkbox"/> .016 <input type="checkbox"/> .016x.016 <input type="checkbox"/> .016x.022 <input type="checkbox"/> .017x.025	<input type="checkbox"/> .014 <input type="checkbox"/> .016 <input type="checkbox"/> .016x.016 <input type="checkbox"/> .016x.022 <input type="checkbox"/> .017x.025	<input type="checkbox"/> .016x.022 <input type="checkbox"/> .017x.025	<input type="checkbox"/> .016x.022 <input type="checkbox"/> .175x.175 <input type="checkbox"/> .017x.025	<input type="checkbox"/> .016x.016 <input type="checkbox"/> .016x.022 <input type="checkbox"/> .017x.025
LOWER	<input type="checkbox"/> .014 <input type="checkbox"/> .016 <input type="checkbox"/> .016x.016 <input type="checkbox"/> .016x.022 <input type="checkbox"/> .017x.025	<input type="checkbox"/> .014 <input type="checkbox"/> .016 <input type="checkbox"/> .016x.016 <input type="checkbox"/> .016x.022 <input type="checkbox"/> .017x.025	<input type="checkbox"/> .016x.022 <input type="checkbox"/> .017x.025	<input type="checkbox"/> .016x.022 <input type="checkbox"/> .175x.175 <input type="checkbox"/> .017x.025	<input type="checkbox"/> .016x.016 <input type="checkbox"/> .016x.022 <input type="checkbox"/> .017x.025

その他注意事項・メモ



技工士記入欄
3Dプリンター使用量： ml 製作者： 印 Wチェック者： 印