

歯科技工指示書 IDBS

担当者()

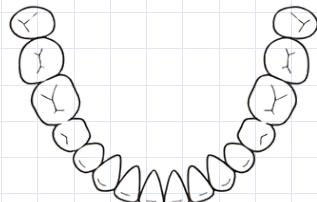
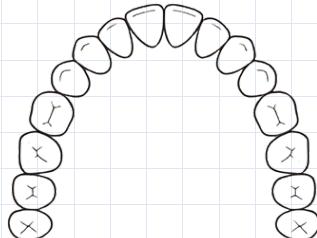
医院名 :	患者名 : (ID:)
SETUP納期 :	IDBS納期 :
依頼内容 : <input type="checkbox"/> フルリングガル <input type="checkbox"/> ハーフリングガル <input type="checkbox"/> フルラビアル	SETUP : <input type="checkbox"/> 全体矯正() <input type="checkbox"/> 部分矯正() EXT : <input type="checkbox"/> NONEXT <input type="checkbox"/> EXT()
近遠心移動量 :	製作部位: リングガル ラビアル
<input type="checkbox"/> 移動量任意	<input type="checkbox"/> ラビアルトレーラー
DENTAL IMPLANT : 部位()	プラケット材料: <input type="checkbox"/> クリッピー L <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> クリッピー C
正中 :	

ワイヤー: ワイヤー任意

※片顎5本までお願いします

	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"/> .017x.025	<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"/> .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"/> .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

発注技工所: 株式会社ONESTEP

〒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

☎03-6454-0897