

# Lingual Tray Order Form

記入日 年 月 日

担当 Dr. \_\_\_\_\_

貴院名	TEL ( ) ( )
	FAX ( ) ( )

〒 \_\_\_\_\_  
 ご住所

患者様 No.	氏名	様 ( ) 歳	送付資料
印象日 年 月 日	装着日 年 月 日		<input type="checkbox"/> Model 上・下 ( <input type="checkbox"/> 作業用 <input type="checkbox"/> マウント模型 )
ご希望納期 月 日	ご指定がなければ3週間でのお届けとなります		<input type="checkbox"/> Bite <input type="checkbox"/> Other _____ <input type="checkbox"/> Bracket

Occlusal Plane Angle (FH) \_\_\_\_\_ °

セットアップ部位 \_\_\_\_\_

セットアップ後のチェック  要  否

トレイ制作部位 \_\_\_\_\_

抜歯部位  Non Ext  Ext  要  否

ブラケット  Kurz  STb  Fujita  CLIPPY  
 hinge cap \_\_\_\_\_  TPブラケット \_\_\_\_\_

※上記以外のブラケットはご相談ください。


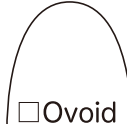
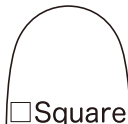
付属装置  Trans Palatal Bar  
 other \_\_\_\_\_

トレイの種類  ヒロシステム  Cap type  
 Kommon base  透明なトレイ ( \_\_\_\_\_ 分割)

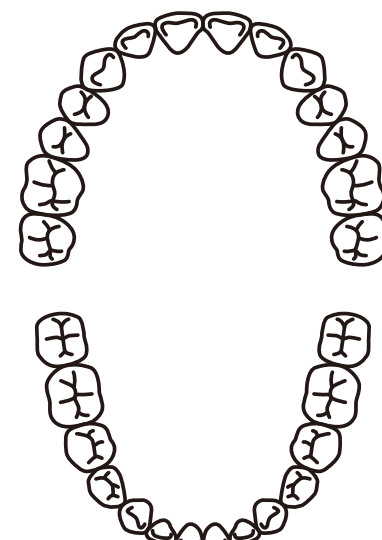
調整方法

・ in out bend	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 不可
・ height bend	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 不可
・ bracket change	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 不可

アーチフォーム

		
<input type="checkbox"/> Taper	<input type="checkbox"/> Ovoid	<input type="checkbox"/> Square

設計・指示



- ・ 抜歯部位：×
- ・ 欠損部位：＝
- ・ 付属装置の設計線をご記入ください。
- ・ オーバーコレクト等をご記入ください。

コメント ※セットアップ模型作製時の歯牙移動量等、指示がありましたらご記入ください。

.....

.....

.....

.....



オーソプラネッツ  
 〒450-0003 名古屋市中村区名駅南2-14-19 住友生命名古屋ビル1階  
 TEL / FAX 052-582-6511
