



クリアアライナー 製作指示書

--	--

病院名 _____

製作物指示 上顎 下顎

・クリアアライナー (ソフト&ハード)

・セットアップ模型

患者名 _____ 年齢 _____

ディスクング _____

発行日 _____

可 ・ 不可

年 月 日

製作歴 _____

セット日 _____

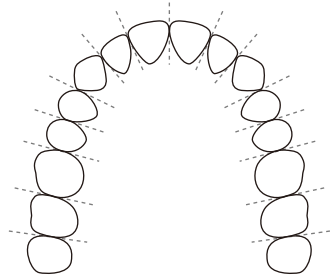
当患者様のアライナーは _____ 回目

年 月 日

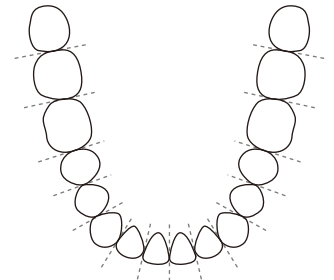
模型診断

歯牙の移動方向や分割部位の指定について、右図にご記入ください。

装置装着前にディスクング予定の部位(あるいは既にかすか空隙があるものの作業用模型では確認が難しい部分)については、図中の点線部分に線を入れてください。該当部分はセットアップ作業時に歯の切端側からディスク(糸鋸)を入れます。



コメント



メールアドレス メールアドレスをご記入頂いた場合、治療計画書のデータをメール送信致します。

<p>・治療計画、診断は個人差により治療中に変更になる場合があります。</p> <p>・治療変更又は延長によりクリアアライナーの製作個数が増える場合があります。</p> <p>・全ての症例において、治療計画や診断通りに進まない場合があります。</p> <p>・患者様の自己都合による製作中止、治療中の歯列欠損やその他の事由による再製作及びキャンセルにおいては技工料の返金は致しかねます。</p>	品質	担当