



シースルー
透明矯正

製作依頼書

(株) DENTALOK
TEL.+82-2-2666-9922
FAX.+82-2-2666-9923

Dental Clinic		Patient	
病院名		患者名	(漢字)
電話番号			(ローマ字表記)
E-mail(必須)		性別・生年月日	(F / M) 年 月 日
担当医		要求事項	
受付日		日本到着日	

1. 治療する歯弓 (あてはまるものにチェックしてください。)

- 上顎だけ治療 下顎だけ治療 両顎治療

2. 移動を制限する歯 (該当する歯にチェックして下さい。ex.インプラント、ブリッジ、癒着歯など)

<input type="checkbox"/> 18	<input type="checkbox"/> 17	<input type="checkbox"/> 16	<input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/> 14	<input type="checkbox"/> 13	<input type="checkbox"/> 12	<input type="checkbox"/> 11	<input type="checkbox"/> 21	<input type="checkbox"/> 22	<input type="checkbox"/> 23	<input type="checkbox"/> 24	<input type="checkbox"/> 25	<input type="checkbox"/> 26	<input type="checkbox"/> 27	<input type="checkbox"/> 28
<input type="checkbox"/> 48	<input type="checkbox"/> 47	<input type="checkbox"/> 46	<input type="checkbox"/> 45	<input type="checkbox"/> 44	<input type="checkbox"/> 43	<input type="checkbox"/> 42	<input type="checkbox"/> 41	<input type="checkbox"/> 31	<input type="checkbox"/> 32	<input type="checkbox"/> 33	<input type="checkbox"/> 34	<input type="checkbox"/> 35	<input type="checkbox"/> 36	<input type="checkbox"/> 37	<input type="checkbox"/> 38

3. 正中線 (正中線改善の際、あてはまるものにチェックしてください。)

- 上顎だけ移動: 上顎を患者の[右 左]の方に[]mm 移動
- 下顎だけ移動: 下顎を患者の[右 左]の方に[]mm 移動
- 両顎全て移動し、正中線改善

4. 特殊依頼事項

- ① Strippingに同意しますか? はい いいえ
- ② Strippingを行わない歯の部位をすべてご記入ください。(ex.23 V 24)
()
- ③ 詳細な指示事項をご記入ください。

