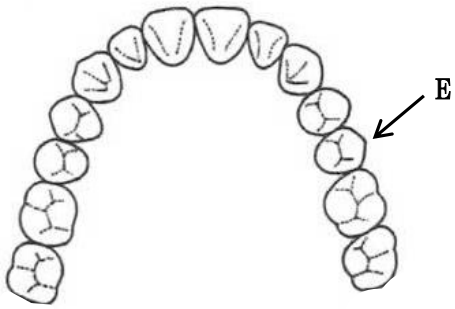
技工指示書

	フリガナ		装置製作		修 理	床レジンの色番号	ケースの色番号
患者様名	様	才 ケ月	性別	男・女		上顎: / 下顎:	
印象採得日 月 日	セット日 月 日 ( ) 時					埋込みシール 有・無	

karte

色番号リーフレットの破損・劣化等ございましたらお気軽にお申し付けください



☐ 平行　☐ ファン

☐ 前方　☐ 後方　☐ 縮小

先欠歯　動揺歯　スプリング

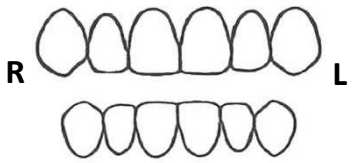
- ☐ 閉鎖型
- ☐ 舌癖除去装置
- ☐ 咬合斜面板
- ☐ 唇側線のみ（前歯を内側に絞る装置）
- ☐ ホーレー
- ☐ ソフトリテーナー
- ☐ その他 （ ）

前回装置 上顎:（ 平行・ファン・後方・前方・閉鎖・その他

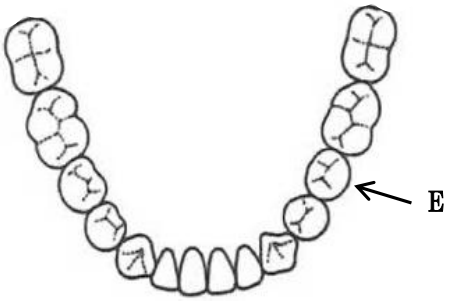
今回が初めて ☐ （ ）

前回装置 下顎:（ 平行・後方・閉鎖・その他

今回が初めて ☐ （ ）



☐ 平行　☐ 後方　☐ 縮小



- ☐ 閉鎖型
- ☐ 舌癖除去装置
- ☐ 舌挙上板（ウェッジプレート）
- ☐ 唇側線のみ（前歯を内側に絞る装置）
- ☐ ホーレー
- ☐ ソフトリテーナー
- ☐ その他 （ ）

＊装置内に患者様名・電話番号のテープ埋込みを無料で承ります（ご用命の際は必ず患者様名に**ふりがな**をご記入ください ）

☐ 名前希望 上顎・下顎 《漢字・ひらがな・その他 ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ 》

☐ 電話番号希望 上顎・下顎 （ ）＊ "-"で区切ってご入力ください

Comment

都道府県	医院名	Dr.	☎

休診日 日・月・火・水・木・金・土

株式会社 Naoデンタルラボラトリー nao.d.labo@gmail.com

〒187-0011 東京都小平市鈴木町2-150-4-3F ☎ 042-467-3536 Fax 042-410-0841 mobile 090-5429-6383