

矯正歯科技工指示書

オーディン デンタルアート

〒305-0857 茨城県つくば市羽成689-3
TEL 029(838)0606 FAX 029(836)8255

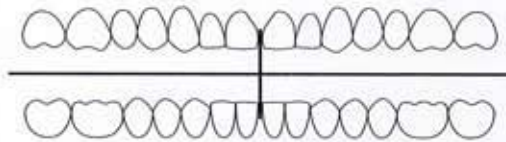
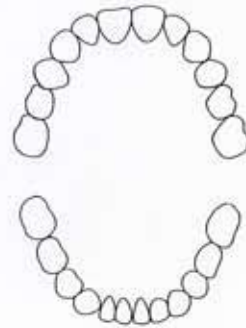
発行年月日 年 月 日

医 院 名 住 所	担当医師名					
	担当技工士					
	印象採得日		年 月 日			
	模型用番号					
フリガナ	年齢		歳	カ月	ワイヤーサイズ	
患者名	性別		男	女	ワイヤー種類	
セット日	年	月	日	AM/PM	預り品 対合歯 / バイト / 咬合器 その他 ()	
納品日	年	月	日	AM/PM		
装置名 記号 上顎： 下顎：		装置の目的				

● 設計床形態

7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7
7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7

6	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	6
6	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	6



● 注意事項：

(切り取り線)

注 文 控

発注日	納品日	月	日	月	日
患者名	様				
装置名					

※コピーを一部とっていただくか、もしくはご注文控えにご記入の上切り取り線以下より切り離しご保管ください。

技工物を納品の際に次回以降のための複写の矯正歯科技工指示書をお送りいたします。

オーディンデンタルアート

茨城県つくば市羽成 689-3

TEL:029-838-0606 FAX:029-836-82555