

クリアオルソ デジタル矯正技工指示書

医院名 医院住所		TEL			
		FAX			
担当医		E-MAIL			
依頼日	年 月 日	納期日 月 日 時			
フリガナ		年齢	才	性別	男 <input type="checkbox"/>
患者名					女 <input type="checkbox"/>
患者主訴 <input type="checkbox"/> 上下前歯の叢生 <input type="checkbox"/> 反対咬合 <input type="checkbox"/> 開口 <input type="checkbox"/> 前突 <input type="checkbox"/> 歯間空隙 <input type="checkbox"/> その他					
担当医の所見（補綴部位・動揺度など記載をお願いします） 抜歯：可・不可 ディスキング：可・不可					
					
ご依頼内容にチェックをお願いします <input type="checkbox"/> 矯正用デジタル診断 <input type="checkbox"/> クリアオルソ（矯正用マウスピース）Step()～()					

【診断に必要なもの】

1. レントゲン写真 2. 歯科模型 3. バイト 4. 顔貌写真（正面・側面）
5. 診断料 WEB 決済

※WEB 決済後に模型発送をお願いいたします。

※模型到着後 14 営業日で発送しております。

お急ぎの場合はご連絡ください。



左記 QR コード
を読み込むと
弊社のデジタル
矯正サイトで
ご注文いただけ
ます

【送付先】

〒164-0003 東京都中野区東中野 1-13-28 アムール東中野 101

クリアオルソ受付係まで

TEL : 03-3364-3574（月～金 9:30～19:00） FAX : 03-3364-3571

E-mail: info@tands.ne.jp サイトアドレス : <https://tandsortho.jimdo.com/>