

セットアップ指示書

医院様名: _____

お電話番号: _____

患者名: _____

1. 抜歯部位(抜歯および先欠部位には×をお付けください。)

右	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	左
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	

2. 最終咬合位(アングルの分類)

	右						左					
犬 歯	I	II	III	I	II	III	I	II	III	I	II	III
臼 歯	I	II	III	I	II	III	I	II	III	I	II	III

3. トルク/アンギュレーション 前回と同じ、トルク/アンギュレーションで。(ハーモニーシステムでご注文実績のある先生に限ります。)

上顎	UR7	UR6	UR5	UR4	UR3	UR2	UR1	UL1	UL2	UL3	UL4	UL5	UL6	UL7
Tq														
Ang														
下顎	LR7	LR6	LR5	LR4	LR3	LR2	LR1	LL1	LL2	LL3	LL4	LL5	LL6	LL7
Tq														
Ang														

(ハーモニーのセットアップはアイデアルでオーバーコレクションは必要とされていません。)

4. スペースの確保

ブリッジ、インプラント、未萌出歯、矮小歯などのスペース確保が必要な場合に、部位を○で囲み、必要なスペースをmm単位でご記入ください。

右	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	左
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	

5. ストリッピング

ストリッピングしたい部位の枠内に近遠心側別にmm単位でご記入下さい。

右	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	左

6. ご希望のセットアップのご確認方法

郵送 (装置デザイン指示書に記載したご住所と違う場合: _____)

Eメール (装置デザイン指示書に記載したEメールアドレスと違う場合: _____)

チェック不要

* 受領日の翌日にご発送頂けますようお願い申し上げます。

7. 備考・特記事項