# 技工指示書の記入例

技工指示書は「初診」「再診」の2種です
契約前シミュレーション/アライナー初回注文　：初診
アライナー2回目以降注文/その他製作物の注文：再診

| | シミュレーション | 初回キレイライン | 追加キレイライン | 製作物の注文 |
|---|---|---|---|---|
| **初診** | 契約前シミュレーション | 1回契約<br>コース契約1回目 | | |
| **再診** | 追加シミュレーション | 分割発注<br>拡大床併用2回目以降 | キレイライン追加コース | 拡大床の注文<br>リテーナーの注文 |

予約/発注システムの[キレカルから印刷](#)します。各患者のステータスに合わせて初診と再診が自動で振り分けられます。

## 初診　発注書 兼 技工指示書

発注日　年　月　日
素材：アライナー用樹脂シート

**クリニック情報**

| | Dr. | | DH | |
|---|---|---|---|---|

**患者情報**

| 患者ID | | ☐ モニター / スタッフ | 生年月日 | 年　月　日（　）歳 |
|---|---|---|---|---|
| 氏名/ローマ字 | | | 性別 | ☐ 男　☐ 女 |

**主訴**　事前問診票で入力された主訴の印字がない場合や追加内容がある場合は記入してください

▪ 技工物は技工指示に従い製作します。「技工士による指定希望」指示の場合は治療ガイドラインに則して製作します。
▪ 未記入、チェック漏れ等でご指示が確認できない場合は確認が取れ次第製作をすすめます。確認に時間を要すると納期遅れの原因につながりますことをご了承願います。
▪ 歯の移動により干渉が生じる可能性があります。必要に応じて咬合調整をお願いいたします。

**発注/契約内容**　アライナーの注文は「1」、契約前シミュレーションの注文は「2」を選択してください

1. ☐ アライナーを注文する

a. ☐ 初回1回（追加治療の指示_各指示すべて1. を選択）　b. ☐ 初回4回コース　c. ☐ 初回7回コース　d. ☐ 初回10回コース

補助機能：バイトランプ　a. ☐ 不要　b. ☐ バイトランプ付にする ※下顎前歯圧下補助は要ATT（ATTテンプレート b. 注文する）

追加治療：ATTテンプレート　a. ☐ 注文しない（追加治療の指示 1.付与しない）　b. ☐ 注文する（追加治療の指示 2. 付与する）

追加治療：拡大床　a. 併用しない　b. ☐ 併用する：1stステージ納品（追加治療の指示 2. 併用する）
　└ ☐ 一括納品：コース契約分納品（追加治療の指示 1. 併用しない）
　└ ☐ 分割納品：1stステージ納品（追加治療の指示 1. 併用しない）

2. ☐ 契約前シミュレーションを注文する　Aパターン　[　　]　Bパターン　[　　]　※1種（Aパターン）はBに"なし"と記入してください

**口腔内データ**　スキャン送信は「1」、石膏模型郵送は「2」を選択してください　不良個所がある場合は再提出いただく可能性がございます

1. ☐ スキャンを送信済 [ ID：　　]　2. ☐ 石膏模型を郵送済

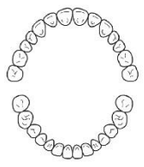
**仕上がり**　セットアップはご注文の範囲で治るところまで作製します　「1」「2」のいずれか選択してください

1. ☐ 可能な範囲までのセットアップで了承する
2. ☐ 許容について詳細を指示する（叢生 / 空隙が残ってOK、OJ / OBが残ることを了承済 etc）[　　]

**各追加治療の指示**　該当する番号を選択してください（アライナーのみのご契約の場合は「1」を選択）

| | | |
|---|---|---|
| ATT | 1. ☐ 付与しない（発注/契約内容 ATTテンプレート a. 注文しない） | |
| | 2. ☐ 付与する | a. ☐ 部位と移動量およびを目的を歯面図 / 歯式図に指示する<br>b. ☐ 部位と移動量は技工士の指定希望 |
| | 3. ☐ 契約前シミュレーションの場合のみ：必要であれば付与する、部位と移動量は技工士の指定希望 | |
| 拡大床<br>拡大量は上下顎各5.0㎜まで<br>下顎のみ拡大床併用は原則禁止 | 1. ☐ 併用しない（発注/契約内容 拡大床 a. 併用しない） | |
| | 2. ☐ 併用する（発注/契約内容 拡大床 b. 併用する）– ☐ 上下顎 / ☐ 上顎　補助機能：☐ バイトプレーン付 | a. ☐ 拡大量を指示する　上顎：トータル [　　] ㎜　下顎：トータル [　　] ㎜<br>b. ☐ 拡大量は技工士の指定希望 |
| | 3. ☐ 契約前シミュレーションの場合のみ：必要であれば併用する、拡大量は技工士の指定希望 | |
| IPR | 1. ☐ 実施しない（必要なし / 希望しない） | |
| | 2. ☐ 実施する / 必要であれば実施可能 | a. ☐ 部位と切削量を歯面図 / 歯式図に指示する<br>b. ☐ 部位と切削量は技工士の指定希望 |
| EL<br>圧下はSIを使用<br>挺出はボタンを付与 | 1. ☐ 併用しない（必要なし / 希望しない） | |
| | 2. ☐ 併用する / 必要であれば併用可能 | a. ☐ 圧下/挺出部位と移動量を歯面図 / 歯式図に指示する<br>b. ☐ 圧下/挺出部位と移動量は技工士の指定希望 |

乳歯・インプラント・ブリッジ・CR・補綴箇所等は記入してください



| 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 |

当クリニックは、SheepMedical㈱から案内された最短で納品可能な歯科技工所での製作を希望します。
☐ 歯科技工所の変更を希望
（通常は上記合意のもと製作しますが、変更を希望される場合はチェックしてください）

技工所名一覧
キレカルサポートサイト
https://support.kirekar.com/faq/page-2208/

SheepMedical㈱
事務直通：03-6281-0231
技工士直通番号：050-5526.4602

## 再診　発注書 兼 技工指示書

発注日　年　月　日
素材：アライナー用樹脂シート

**クリニック情報**

| | Dr. | | DH | |
|---|---|---|---|---|

**患者情報**

| 患者ID | | ☐ モニター / スタッフ | 生年月日 | 年　月　日（　）歳 |
|---|---|---|---|---|
| 氏名/ローマ字 | | | 性別 | ☐ 男　☐ 女 |

▪ 技工物は技工指示に従い製作します。「技工士による指定希望」指示の場合は治療ガイドラインに則して製作します。
▪ 未記入、チェック漏れ等でご指示が確認できない場合は確認が取れ次第製作をすすめます。確認に時間を要すると納期遅れの原因につながりますことをご了承願います。
▪ 歯の移動により干渉が生じる可能性があります。必要に応じて咬合調整をお願いいたします。

**発注/契約内容**　アライナーの注文は「1」、拡大床の注文は「2」、クリアリテーナーの注文は「3」、fix（ワイヤー）リテーナーの注文は「4」、その他技工物は「5」を選択してください

1. ☐ アライナーを注文する

a. ☐ 初回コース3ステージ分　b. ☐ 追加1回　c. ☐ 追加3回コース　d. ☐ 追加 [　] 回コース一括（6/9回）　e. ☐ 追加 [　] 回コース3ステージ分（6/9回）

補助機能：バイトランプ　a. ☐ 不要　b. ☐ バイトランプ付にする ※下顎前歯圧下補助は要ATT（ATTテンプレート b. 注文する）

追加治療：ATTテンプレート　a. ☐ 注文しない（追加治療の指示 1. 付与しない）　b. ☐ 注文する（追加治療の指示 2. 付与する）

2. ☐ 拡大床を注文する　a. ☐ 上下顎　b. ☐ 上顎のみ　補助機能：バイトプレーン　a. ☐ 不要　b. ☐ バイトプレーン付にする
　オプション：スクリュー素材変更　a. ☐ 変更なし　b. ☐ ニッケルフリーに変更する
3. ☐ クリアリテーナーを注文する　a. ☐ 上下顎　b. 片顎のみ（☐ 上顎　☐ 下顎）　最終ステージのセットアップデータで製作します
4. ☐ fix（ワイヤー）リテーナーを注文する　a. ☐ 上下顎　b. 片顎のみ（☐ 上顎　☐ 下顎）　治療終了時の石膏模型で製作します
5. ☐ シミュレーション、再製作、その他技工物を注文する　[　　] シミュレーションステージ数や商品名、再製作理由等を記入してください

**口腔内データ**　スキャン送信は「1」、石膏模型郵送は「2」を選択してください　不良個所がある場合は再提出いただく可能性がございます

1. ☐ スキャンを送信済 [ ID：　　]　2. ☐ 石膏模型を郵送済

通常ルールと異なるタイミングで最新の口腔内データを使用する場合は余白に指示を記入してください（234ステージセットアップやクリアリテーナー製作等）

**仕上がり**　セットアップはご注文の範囲で治るところまで作製します　「1」「2」のいずれか選択してください

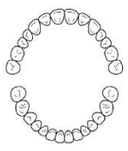
1. ☐ 可能な範囲までのセットアップで了承する
2. ☐ 許容について詳細を指示する（叢生 / 空隙が残ってOK、OJ / OBが残ることを了承済 etc）[　　]

**各追加治療の指示**　前回からの変更なしありを選択し、変更ありまたは追加シミュレーション注文の場合は該当する番号を選択してください

追加治療指示
a. ☐ 前回発注から変更なし（以下項目チェック不要：空欄）　b. ☐ 前回発注と変更ありまたは追加シミュレーション（以下項目チェック要）

| | | |
|---|---|---|
| ATT | 1. ☐ 付与しない（発注/契約内容 ATTテンプレート a. 注文しない） | |
| | 2. ☐ 付与する | a. ☐ 部位と移動量およびを目的を歯面図 / 歯式図に指示する<br>b. ☐ 部位と移動量は技工士の指定希望 |
| | 3. ☐ 追加シミュレーションの場合のみ：必要であれば付与する、部位と移動量は技工士の指定希望 | |
| 拡大床<br>拡大量は上下顎各5.0㎜まで<br>下顎のみ拡大床併用は原則禁止 | 1. ☐ 併用しない | |
| | 2. ☐ 併用する – ☐ 上下顎 / ☐ 上顎　補助機能：☐ バイトプレーン付 | a. ☐ 拡大量を指示する　上顎：トータル [　　] ㎜　下顎：トータル [　　] ㎜<br>b. ☐ 拡大量は技工士の指定希望 |
| | 3. ☐ 追加シミュレーションの場合のみ：必要であれば併用する、拡大量は技工士の指定希望 | |
| IPR | 1. ☐ 実施しない（必要なし / 希望しない） | |
| | 2. ☐ 実施する / 必要であれば実施可能 | a. ☐ 部位と切削量を歯面図 / 歯式図に指示する<br>b. ☐ 部位と切削量は技工士の指定希望 |
| EL<br>圧下はSIを使用<br>挺出はボタンを付与 | 1. ☐ 併用しない（必要なし / 希望しない） | |
| | 2. ☐ 併用する / 必要であれば併用可能 | a. ☐ 圧下/挺出部位と移動量を歯面図 / 歯式図に指示する<br>b. ☐ 圧下/挺出部位と移動量は技工士の指定希望 |

乳歯・インプラント・ブリッジ・CR・補綴箇所等は記入してください



| 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 |

当クリニックは、SheepMedical㈱から案内された最短で納品可能な歯科技工所での製作を希望します。
☐ 歯科技工所の変更を希望
（通常は上記合意のもと製作しますが、変更を希望される場合はチェックしてください）

技工所名一覧
キレカルサポートサイト
https://support.kirekar.com/faq/page-2208/

SheepMedical㈱
事務直通：03-6281-0231
技工士直通番号：050-5526.4602


© SheepMedical Co., Ltd.

# 契約前シミュレーションの注文

キレイライン矯正 KIREI LIGN ORTHODONTICS

## 初診　発注書 兼 技工指示書

発注日 YYYY 年 MM 月 DD 日

素材：アライナー用樹脂シート

担当を記入します

**クリニック情報**

キレカルデータ取得

Dr. 山田　DH 高橋

該当する場合は選択します

**患者情報**

| | | | |
|---|---|---|---|
| 患者ID | 予約フォーム登録データ取得 | ☐ モニター / スタッフ | 生年月日 | 予約フォーム登録データ取得 年 月 日（ ）歳 |
| 氏名/ローマ字 | 予約フォーム登録データ取得 | | 性別 | 予約フォーム登録データ取得 ☐ 男 ☐ 女 |

**主訴**　事前問診票で入力された主訴の印字がない場合や追加内容がある場合は記入してください

WEB問診票の主訴データ取得

- 技工物は技工指示に従い製作します。「技工士による指定希望」指示の場合は治療ガイドラインに則して製作します。
- 未記入、チェック漏れ等でご指示が確認できない場合は確認が取れ次第製作をすすめます。確認に時間を要すると納期遅れの原因につながりますことをご了承願います。
- 歯の移動により干渉が生じる可能性があります。必要に応じて咬合調整をお願いいたします。

「2. 契約前シミュレーション」を選択しパターンを記入します

**発注/契約内容**　アライナーの注文は「1」、契約前シミュレーションの注文は「2」を選択してください

1. ☐ アライナーを注文する

a. ☐ 初回1回（追加治療の指示_各指示すべて1. を選択）　b. ☐ 初回4回コース　c. ☐ 初回7回コース　d. ☐ 初回10回コース

補助機能：バイトランプ　a. ☐ 不要　b. ☐ バイトランプ付にする　※下顎前歯圧下補助は要ATT（ATTテンプレート b. 注文する）

追加治療：ATTテンプレート　a. ☐ 注文しない（追加治療の指示 1.付与しない）　b. ☐ 注文する（追加治療の指示 2. 付与する）

追加治療：拡大床　a. 併用しない　b. ☐ 併用する：1stステージ納品（追加治療の指示 2. 併用する）

1オーダーで2パターン注文できます

└ ☐ 一括納品：コース契約分納品（追加治療の指

└ ☐ 分割納品：1stステージ納品（追加治療の指

指示を記入します

2. ☑ 契約前シミュレーションを注文する　Aパターン ［アライナーのみ］　Bパターン ［ 追加治療込み ］　※1種（Aパターン）はBに"なし"と記入してください

**口腔内データ**　スキャン送信は「1」、石膏模型郵送は「2」を選択してください　不良個所がある場合は再提出いただく可能性がございます

1. ☑ スキャンを送信済 ［ID： 123456 ］　2. ☐ 石膏模型を郵送済

スキャン送信か石膏送付かを選択します

**仕上がり**　セットアップはご注文の範囲で治るところまで作製します　「1」「2」のいずれか選択してください

1. ☑ 可能な範囲までのセットアップで了承する

2. ☐ 許容について詳細を指示する（叢生 / 空隙が残ってOK、OJ / OBが残ることを了承済 etc）［ ］

仕上がりに対する指示を選択します

**各追加治療の指示**　該当する番号を選択してください（アライナーのみのご契約の場合は「1」を選択）

追加治療に対する指示を記入します

**ATT**

1. ☐ 付与しない（発注/契約内容 ATTテンプレート a. 注文しない）
2. ☐ 付与する　a. ☐ 部位と移動量およびを目的を歯面図 / 歯式図に指示する　b. ☐ 部位と移動量は技工士の指定希望
3. ☑ 契約前シミュレーションの場合のみ：必要であれば付与する、部位と移動量は技工士の指定希望

**拡大床**

拡大量は上下顎各5.0㎜まで
下顎のみ拡大床併用は原則禁止

1. ☐ 併用しない（発注/契約内容 拡大床 a. 併用しない）
2. ☐ 併用する（発注/契約内容 拡大床 b. 併用する）– ☐ 上下顎 / ☐ 上顎　補助機能： ☐ バイトプレーン付
   a. ☐ 拡大量を指示する　上顎：トータル［　　］㎜　下顎：トータル［　　］㎜
   b. ☐ 拡大量は技工士の指定希望
3. ☑ 契約前シミュレーションの場合のみ：必要であれば併用する、拡大量は技工士の指定希望

**IPR**

1. ☐ 実施しない（必要なし / 希望しない）
2. ☑ 実施する / 必要であれば実施可能　a. ☐ 部位と切削量を歯面図 / 歯式図に指示する　b. ☑ 部位と切削量は技工士の指定希望

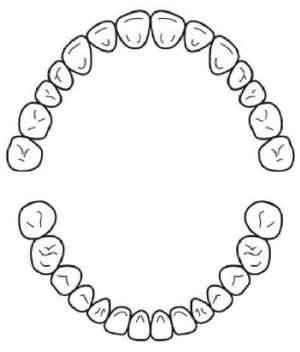
**EL**

圧下はSIを使用
挺出はボタンを付与

1. ☐ 併用しない（必要なし / 希望しない）
2. ☑ 併用する / 必要であれば併用可能　a. ☐ 圧下/挺出部位と移動量を歯面図 / 歯式図に指示する　b. ☑ 圧下/挺出部位と移動量は技工士の指定希望

乳歯・インプラント・ブリッジ・CR・補綴箇所等は記入してください

その他指示があれば記入します



| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 |

当クリニックは、SheepMedical㈱から案内された最短で納品可能な歯科技工所での製作を希望します。

☐ 歯科技工所の変更を希望
（通常は上記合意のもと製作しますが、変更を希望される場合はチェックしてください）

技工所名一覧
キレカルサポートサイト
https://support.kirekar.com/faq/page-2208/

SheepMedical㈱
事務直通：03-6281-0231
技工士直通番号：050-5526_4602



© SheepMedical Co., Ltd.

# 初回キレイライン1回の注文



## 初診　発注書 兼 技工指示書

発注日 YYYY 年 MM 月 DD 日

素材：アライナー用樹脂シート

担当を記入します

| クリニック情報 | | | |
|---|---|---|---|
| キレカルデータ取得 | Dr. | 山田 | DH 高橋 |

該当する場合は選択します

| 患者情報 | | | |
|---|---|---|---|
| 患者ID | 予約フォーム登録データ取得 | ☐ モニター / スタッフ | 生年月日 | 予約フォーム登録データ取得 年 月 日（ ）歳 |
| 氏名/ローマ字 | 予約フォーム登録データ取得 | | 性別 | 予約フォーム登録データ取得 ☐ 男 ☐ 女 |

**主訴**　事前問診票で入力された主訴の印字がない場合や追加内容がある場合は記入してください

WEB問診票の主訴データ取得

- 技工物は技工指示に従い製作します。「技工士による指定希望」指示の場合は治療ガイドラインに則して製作します。
- 未記入、チェック漏れ等でご指示が確認できない場合は確認が取れ次第製作をすすめます。確認に時間を要すると納期遅れの原因につながりますことをご了承願います。
- 歯の移動により干渉が生じる可能性があります。必要に応じて咬合調整をお願いいたします。

「1．アライナーを注文する」と契約コースを選択し各項目の該当するアルファベットを選択します

**発注/契約内容**　アライナーの注文は「1」、契約前シミュレーション

1. ☑ アライナーを注文する

a. ☑ 初回1回（追加治療の指示_各指示すべて1．を選択）　b. ☐ 初回4回コース　c. ☐ 初回7回コース　d. ☐ 初回10回コース

補助機能：バイトランプ　a. ☑ 不要　b. ☐ バイトランプ付にする　※下顎前歯圧下補助は要ATT（ATTテンプレート b. 注文する）

追加治療：ATTテンプレート　a. ☑ 注文しない（追加治療の指示 1.付与しない）　b. ☐ 注文する（追加治療の指示 2. 付与する）

追加治療：拡大床　a. 併用しない　b. ☐ 併用する：1stステージ納品（追加治療の指示 2. 併用する）

追加治療_ATTは アライナーと同紙で注文します

└ ☑ 一括納品：コース契約分納品（追加治療の指示 1. 併用しない）

└ ☐ 分割納品：1stステージ納品（追加治療の指示 1. 併用しない）

拡大床は2ndステージ以降に開始のため 初回1回契約の注文は「a．併用しない」を選択

2. ☐ 契約前シミュレーションを注文する　Aパ

「契約前シミュレーション」を注文済みの場合は口腔内データは不要です 行の余白に「契約前シミュレーションで提出済み」と記入します

］※1種（Aパターン）はBに"なし"と記入してください

**口腔内データ**　スキャン送信は「1」、石膏模型郵送は「2」を選択

スキャン送信か石膏送付かを選択します

1. ☑ スキャンを送信済［ID：123456］　2. ☐ 石膏模型を郵送済

**仕上がり**　セットアップはご注文の範囲で治るところまで作製します　「1」「2」のいずれか選択してください

仕上がりに対する指示を選択します

1. ☑ 可能な範囲までのセットアップで了承する
2. ☐ 許容について詳細を指示する（叢生 / 空隙が残ってOK、OJ / OBが残ることを了承済 etc）［　　］

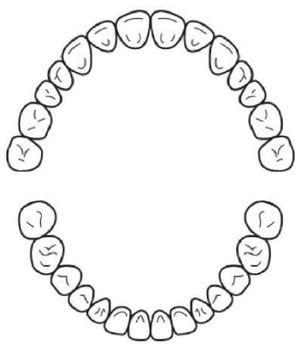
**各追加治療の指示**　該当する番号を選択してください（アライナーのみのご契約の場合は「1」を選択）

各追加治療の指示はすべて「1」を選択します

| | | |
|---|---|---|
| ATT | 1. ☑ 付与しない（発注/契約内容 ATTテンプレート a. 注文しない） | |
| | 2. ☐ 付与する | a. ☐ 部位と移動量およびを目的を歯面図 / 歯式図に指示する<br>b. ☐ 部位と移動量は技工士の指定希望 |
| | 3. ☐ 契約前シミュレーションの場合のみ：必要であれば付与する、部位と移動量は技工士の指定希望 | |
| 拡大床<br>拡大量は上下顎各5.0㎜まで<br>下顎のみ拡大床併用は原則禁止 | 1. ☑ 併用しない（発注/契約内容 拡大床 a. 併用しない） | |
| | 2. ☐ 併用する（発注/契約内容 拡大床 b. 併用する） | – ☐ 上下顎 / ☐ 上顎　補助機能：☐ バイトプレーン付<br>a. ☐ 拡大量を指示する　上顎：トータル［　　］㎜　下顎：トータル［　　］㎜<br>b. ☐ 拡大量は技工士の指定希望 |
| | 3. ☐ 契約前シミュレーションの場合のみ：必要であれば併用する、拡大量は技工士の指定希望 | |
| IPR | 1. ☑ 実施しない（必要なし / 希望しない） | |
| | 2. ☐ 実施する / 必要であれば実施可能 | a. ☐ 部位と切削量を歯面図 / 歯式図に指示する<br>b. ☐ 部位と切削量は技工士の指定希望 |
| EL<br>圧下はSIを使用<br>挺出はボタンを付与 | 1. ☑ 併用しない（必要なし / 希望しない） | |
| | 2. ☐ 併用する / 必要であれば併用可能 | a. ☐ 圧下/挺出部位と移動量を歯面図 / 歯式図に指示する<br>b. ☐ 圧下/挺出部位と移動量は技工士の指定希望 |

乳歯・インプラント・ブリッジ・CR・補綴箇所等は記入してください

その他指示があれば記入します



| 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 |

当クリニックは、SheepMedical㈱から案内された最短で納品可能な歯科技工所での製作を希望します。

☐ 歯科技工所の変更を希望
（通常は上記合意のもと製作しますが、変更を希望される場合はチェックしてください）

技工所名一覧
キレカルサポートサイト
https://support.kirekar.com/faq/page-2208/

SheepMedical㈱
事務直通：03-6281-0231
技工士直通番号：050-5526_4602



© SheepMedical Co., Ltd.

Case3

# 初回コース契約の注文（拡大床併用無し）
## オプション：バイトランプ　追加治療：ATT

キレイライン矯正 KIREI LIGN ORTHODONTICS

## 初診　発注書 兼 技工指示書

発注日 YYYY 年 MM 月 DD 日

素材：アライナー用樹脂シート

担当を記入します

**クリニック情報**

キレカルデータ取得

Dr. 山田　DH 高橋

該当する場合は選択します

**患者情報**

| | | | |
|---|---|---|---|
| 患者ID | 予約フォーム登録データ取得 | ☐ モニター / スタッフ | 生年月日 | 予約フォーム登録データ取得 年 月 日（ ）歳 |
| 氏名/ローマ字 | 予約フォーム登録データ取得 | | 性別 | 予約フォーム登録データ取得 ☐男 ☐女 |

**主訴**　事前問診票で入力された主訴の印字がない場合や追加内容がある場合は記入してください

WEB問診票の主訴データ取得

- 技工物は技工指示に従い製作します。「技工士による指定希望」指示の場合は治療ガイドラインに則して製作します。
- 未記入、チェック漏れ等でご指示が確認できない場合は確認が取れ次第製作をすすめます。確認に時間を要すると納期遅れの原因につながりますことをご了承願います。
- 歯の移動により干渉が生じる可能性があります。必要に応じて咬合調整をお願いいたします。

「1．アライナーを注文する」と契約コースを選択し各項目の該当するアルファベットを選択します

**発注/契約内容**　アライナーの注文は「1」、契約前シミュレーション

1. ☑ アライナーを注文する

a. ☐ 初回1回（追加治療の指示_各指示すべて1．を選択）　b. ☐ 初回4回コース　c. ☑ 初回7回コース　d. ☐ 初回

バイトランプ単体では圧下はしないため
下顎前歯の圧下補助用途はATTを注文します

補助機能：バイトランプ　a. ☐ 不要　b. ☑ バイトランプ付にする　※下顎前歯圧下補助は要ATT（ATTテンプレート b. 注文する）

追加治療：ATTテンプレート　a. ☐ 注文しない（追加治療の指示 1.付与しない）　b. ☑ 注文する（追加治療の指示 2. 付与する）

追加治療：拡大床　a. 併用しない　b. ☐ 併用する：1stステージ納品（追加治療の指示 2. 併用する）

追加治療_ATTは
アライナーと同紙で注文します

└ ☑ 一括納品：コース契約分納品（追加治療の指示 1. 併用しない）

└ ☐ 分割納品：1stステージ納品（追加治療の指示 1. 併用しない）

追加治療_拡大床は「再診表」で別途注文します
アライナー注文には併用有無の情報が必要です

2. ☐ 契約前シミュレーションを注文する　Aパ

「契約前シミュレーション」を注文済みの場合は口腔内データは不要です
行の余白に「契約前シミュレーションで提出済み」と記入します

］ ※1種（Aパターン）はBに"なし"と記入してください

**口腔内データ**　スキャン送信は「1」、石膏模型郵送は「2」を選択

1. ☑ スキャンを送信済 ［ ID： 123456 ］　2. ☐ 石膏模型を郵送済

スキャン送信か石膏送付かを選択します

**仕上がり**　セットアップはご注文の範囲で治るところまで作製します　「1」「2」のいずれか選択してください

1. ☐ 可能な範囲までのセットアップで了承する
2. ☑ 許容について詳細を指示する（叢生 / 空隙が残ってOK、OJ / OBが残ることを了承済 etc）［ 叢生が残ること了承済み ］

仕上がりに対する指示を選択します

**各追加治療の指示**　該当する番号を選択してください（アライナーのみのご契約の場合は「1」を選択）

追加治療に対する指示を記入します
拡大床とATTは注文状況と指示内容を合わせます

**ATT**

1. ☐ 付与しない（発注/契約内容 ATTテンプレート a. 注文しない）
2. ☑ 付与する　a. ☐ 部位と移動量およびを目的を歯面図 / 歯式図に指示する
   b. ☑ 部位と移動量は技工士の指定希望
3. ☐ 契約前シミュレーション　定希望

技工士の指定希望の場合は補綴箇所にATTは付与しません
補綴箇所を歯面図/歯式図に記入します

**拡大床**
拡大量は上下顎各5.0㎜まで
下顎のみ拡大床併用は原則禁止

1. ☑ 併用しない（発注/契約内容 拡大床 a. 併用しない）
2. ☐ 併用する（発注/契約内容 拡大床 b. 併用する）　– ☐ 上下顎 / ☐ 上顎　補助機能：☐ バイトプレーン付
   a. ☐ 拡大量を指示する　上顎：トータル［　　］㎜　下顎：トータル［　　］㎜
   b. ☐ 拡大量は技工士の指定希望
3. ☐ 契約前シミュレーションの場合のみ：必要であれば併用する、拡大量は技工士の指定希望

**IPR**

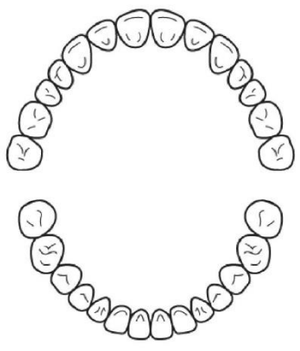
1. ☐ 実施しない（必要なし / 希望しない）
2. ☑ 実施する / 必要であれば実施可能　a. ☐ 部位と切削量を歯面図 / 歯式図に指示する
   b. ☑ 部位と切削量は技工士の指定希望

**EL**
圧下はSIを使用
挺出はボタンを付与

1. ☑ 併用しない（必要なし / 希望しない）
2. ☐ 併用する / 必要であれば併用可能　a. ☐ 圧下/挺出部位と移動量を歯面図 / 歯式図に指示する
   b. ☐ 圧下/挺出部位と移動量は技工士の指定希望

乳歯・インプラント・ブリッジ・CR・補綴箇所等は記入してください

その他指示があれば記入します



**補綴箇所**

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 |

当クリニックは、SheepMedical㈱から案内された最短で納品可能な歯科技工所での製作を希望します。

☐ 歯科技工所の変更を希望
（通常は上記合意のもと製作しますが、変更を希望される場合はチェックしてください）

技工所名一覧
キレカルサポートサイト
https://support.kirekar.com/faq/page-2208/

SheepMedical㈱
事務直通：03-6281-0231
技工士直通番号：050-5526_4602



© SheepMedical Co., Ltd.

# 初回コース契約の注文（拡大床併用の1回目）
## 追加治療：拡大床、ATT

キレイライン矯正 KIREI LIGN ORTHODONTICS

## 初診　発注書 兼 技工指示書

発注日 YYYY 年 MM 月 DD 日

素材：アライナー用樹脂シート

**クリニック情報**

キレカルデータ取得

担当を記入します

| Dr. | 山田 | DH | 高橋 |
|---|---|---|---|

**患者情報**

該当する場合は選択します

| | | | |
|---|---|---|---|
| 患者ID | 予約フォーム登録データ取得 | ☐ モニター / スタッフ | 生年月日 | 予約フォーム登録データ取得 年 月 日（ ）歳 |
| 氏名/ローマ字 | 予約フォーム登録データ取得 | | 性別 | 予約フォーム登録データ取得 ☐ 男 ☐ 女 |

**主訴**　事前問診票で入力された主訴の印字がない場合や追加内容がある場合は記入してください

WEB問診票の主訴データ取得

- 技工物は技工指示に従い製作します。「技工士による指定希望」指示の場合は治療ガイドラインに則して製作します。
- 未記入、チェック漏れ等でご指示が確認できない場合は確認が取れ次第製作をすすめます。確認に時間を要すると納期遅れの原因につながりますことをご了承願います。
- 歯の移動により干渉が生じる可能性があります。必要に応じて咬合調整をお願いいたします。

「1．アライナーを注文する」と契約コースを選択し各項目の該当するアルファベットを選択します

**発注/契約内容**　アライナーの注文は「1」、契約前シミュレーション

1. ☑ アライナーを注文する

a. ☐ 初回1回（追加治療の指示_各指示すべて1．を選択）　b. ☐ 初回4回コース　c. ☑ 初回7回コース　d. ☐ 初回10回コース

補助機能：バイトランプ　a. ☑ 不要　b. ☐ バイトランプ付にする ※下顎前歯圧下補助は要ATT（ATTテンプレート b. 注文する）

追加治療：ATTテンプレート　a. ☐ 注文しない（追加治療の指示 1.付与しない）　b. ☑ 注文する（追加治療の指示 2. 付与する）

追加治療：拡大床　a. 併用しない　b. ☑ 併用する：1stステージ納品（追加治療の指示 2. 併用する）

追加治療_ATTは
アライナーと同紙で注文します

└ ☐ 一括納品：コース契約分納品（追加治療の指示 1. 併用しない）

└ ☐ 分割納品：1stステージ納品（追加治療の指示 1. 併用しない）

追加治療_拡大床は「再診表」で別途注文します
アライナー注文には併用有無の情報が必要です

2. ☐ 契約前シミュレーションを注文する　Aパ[illegible]　]　※1種（Aパターン）はBに"なし"と記入してください

「契約前シミュレーション」を注文済みの場合は口腔内データは不要です
行の余白に「契約前シミュレーションで提出済み」と記入します

**口腔内データ**　スキャン送信は「1」、石膏模型郵送は「2」を選択

1. ☑ スキャンを送信済 ［ ID： 123456 ］　2. ☐ 石膏模型を郵送済

スキャン送信か石膏送付かを選択します

**仕上がり**　セットアップはご注文の範囲で治るところまで作製します　「1」「2」のいずれか選択してください

1. ☑ 可能な範囲までのセットアップで了承する

2. ☐ 許容について詳細を指示する（叢生 / 空隙が残ってOK、OJ / OBが残ることを了承済 etc）［ ］

仕上がりに対する指示を選択します

**各追加治療の指示**　該当する番号を選択してください（アライナーのみのご契約の場合は「1」を選択）

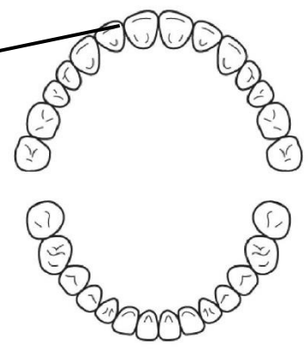
追加治療に対する指示を記入します
拡大床とATTは注文状況と指示内容を合わせます

| | |
|---|---|
| ATT | 1. ☐ 付与しない（発注/契約内容 ATTテンプレート a. 注文しない）<br>2. ☑ 付与する　a. ☑ 部位と移動量およびを目的を歯面図 / 歯式図に指示する<br>b. ☐ 部位と移動量は技工士の指定希望<br>3. ☐ 契約前シミュレーションの場合のみ：必要であれば付与する、部位と移動量は技工士の指定希望 |
| 拡大床<br>拡大量は上下顎各5.0㎜まで<br>下顎のみ拡大床併用は原則禁止 | 1. ☐ 併用しない（発注/契約内容 拡大床 a. 併用しない）<br>2. ☑ 併用する（発注/契約内容 拡大床 b. 併用する）– ☑ 上下顎 / ☐ 上顎　補助機能： ☐ バイトプレーン付<br>a. ☐ 拡大量を指示する　上顎：トータル［　　］㎜　下顎：トータル［　　］㎜<br>b. ☑ 拡大量は技工士の指定希望<br>3. ☐ 契約前シミュレーションの場合のみ：必要であれば併用する、拡大量は技工士の指定希望 |
| IPR | 1. ☐ 実施しない（必要なし / 希望しない）<br>2. ☑ 実施する / 必要であれば実施可能　a. ☐ 部位と切削量を歯面図 / 歯式図に指示する<br>b. ☑ 部位と切削量は技工士の指定希望 |
| EL<br>圧下はSIを使用<br>挺出はボタンを付与 | 1. ☑ 併用しない（必要なし / 希望しない）<br>2. ☐ 併用する / 必要であれば併用可能　a. ☐ 圧下/挺出部位と移動量を歯面図 / 歯式図に指示する<br>b. ☐ 圧下/挺出部位と移動量は技工士の指定希望 |

乳歯・インプラント・ブリッジ・CR・補綴箇所等は記入してください

その他指示があれば記入します
追加治療_ATT「2」の詳細を記入します

右上2番矮小歯
補綴予定のため
近遠心にスペース残しで



| 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 |

ATTで捻転解消

当クリニックは、SheepMedical㈱から案内された最短で納品可能な歯科技工所での製作を希望します。

☐ 歯科技工所の変更を希望
（通常は上記合意のもと製作しますが、変更を希望される場合はチェックしてください）

技工所名一覧
キレカルサポートサイト
https://support.kirekar.com/faq/page-2208/

SheepMedical㈱
事務直通：03-6281-0231
技工士直通番号：050-5526_4602



© SheepMedical Co., Ltd.

# 初回コース契約の注文（分割発注・拡大床併用の2回目以降）
追加治療：拡大床

キレイライン矯正 KIREI LIGN ORTHODONTICS

## 再診　発注書 兼 技工指示書

発注日 YYYY 年 MM 月 DD 日

素材：アライナー用樹脂シート

担当を記入します

クリニック情報

キレカルデータ取得

Dr. 山田　DH 高橋

該当する場合は選択します

患者情報

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 患者ID | 予約フォーム登録データ取得 | ☐ モニター / スタッフ | 生年月日 | 予約フォーム登録データ取得 年 月 日（ ）歳 |
| 氏名/ローマ字 | 予約フォーム登録データ取得 | | 性別 | 予約フォーム登録データ取得 ☐ 男 ☐ 女 |

- 技工物は技工指示に従い製作します。「技工士による指定希望」指示の場合は治療ガイドラインに則して製作します。
- 未記入、チェック漏れ等でご指示が確認できない場合は確認が取れ次第製作をすすめます。確認に時間を要すると納期遅れの原因につながりますことをご了承願います。
- 歯の移動により干渉

「1．アライナーを注文する」と「a．初回コース3ステージ分」を選択し、ATTとバイトランプの該当するアルファベットを選択します

発注/契約内容 アラ

1. ☑ アライナーを注文する

a. ☑ 初回コース3ステージ分　b. ☐ 追加1回　c. ☐ 追加3回コース　d. ☐ 追加 [　] 回コース一括（6/9回）　e. ☐ 追加 [　] 回コース3ステージ分（6/9回）

補助機能：バイトランプ　a. ☑ 不要　b. ☐ バイトランプ付にする ※下顎前歯圧下補助は要ATT（ATTテンプレート b. 注文する）

追加治療：ATTテンプレート　a. ☑ 注文しない（追加治療の指示 1. 付与しない）　b. ☐ 注文する（追加治療の指示 2. 付与する）

追加治療_ATTは
アライナーと同紙で注文します

a. ☐ 上下顎　b. ☐ 上顎のみ　補助機能：バイトプレーン　a. ☐ 不要　b. ☐ バイトプレーン付にする

オプション：スクリュー素材変更　a. ☐ 変更なし　b. ☐ ニッケルフリーに変更する

3. ☐ クリアリテーナーを注文する　a. ☐ 上下顎　b. 片顎のみ（ ☐ 上顎 ☐ 下顎 ）　最終ステージのセットアップデータで製作します

4. ☐ fix（ワイヤー）リテーナーを注文する　a. ☐ 上下顎　b. 片顎のみ（ ☐ 上顎 ☐ 下顎 ）　治療終了時の石膏模型で製作します

5. ☐ シミュレーション、再製作、その他　ョンステージ数や商品名、再製作理由等を記入してください

分割発注・拡大床併用の234ステージのアライナーは初回の口腔内データで製作します
このタイミングで最新の口腔内データを使用する場合は、IDとその旨を記入します

口腔内データ　スキャン送信は「1」、石膏模型郵送

スキャン送信か石膏送付かを選択します

1. ☑ スキャンを送信済 ［ ID： 123456 ］　2. ☐ 石膏模型を郵送済

通常ルールと異なるタイミングで最新の口腔内データを使用する場合は余白に指示を記入してください（234ステージセットアップやクリアリテーナー製作等）

仕上がり　セットアップはご注文の範囲で治るところまで作製します　「1」「2」のいずれか選択してください

仕上がりに対する指示を選択します

1. ☑ 可能な範囲までのセットアップで了承する

2. ☐ 許容について詳細を指示する（叢生 / 空隙が残ってOK、OJ / OBが残ることを了承済 etc）［　］

各追加治療の指示　前回からの変更なしありを選択し、変更ありまたは追加シミュレーション注文の場合は該当する番号を選択してください

追加治療指示

a. ☐ 前回発注から変更なし（以下項目チェック不要：空欄）　b. ☑ 前回発注と変更ありまたは追加シミュレーション（以下項目チェック要）

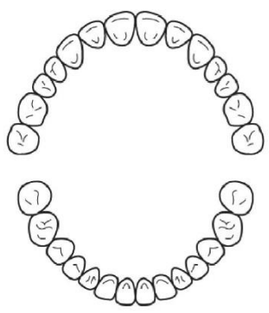
前回発注と1か所でも変更がある場合は該当箇所のみだけではなく項目すべてにチェックします
※「空欄の項目＝前回と変更なし」として製作します
拡大床とATTは注文状況と指示内容を合わせます

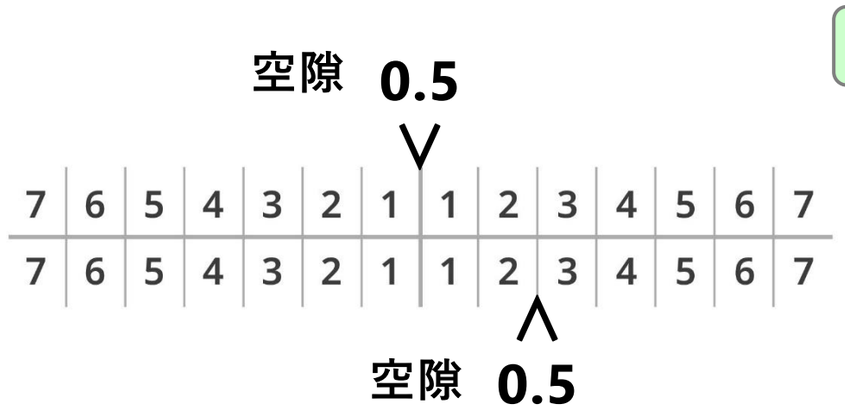
| | | |
|---|---|---|
| ATT | 1. ☑ 付与しない（ | |
| | 2. ☐ 付与する | a. ☐ |
| | | b. ☐ 部位と移動量は技工士の指定希望 |
| | 3. ☐ 追加シミュレーションの場合のみ：必要であれば付与する、部位と移動量は技工士の指定希望 | |
| 拡大床<br>拡大量は上下顎各5.0㎜まで<br>下顎のみ拡大床併用は原則禁止 | 1. ☐ 併用しない | |
| | 2. ☑ 併用する | – ☑ 上下顎 / ☐ 上顎　補助機能：☑ バイトプレーン付 |
| | | a. ☐ 拡大量を指示する　上顎：トータル［　］㎜　下顎：トータル［　］㎜ |
| | | b. ☑ 拡大量は技工士の指定希望 |
| | 3. ☐ 追加シミュレーションの場合のみ：必要であれば併用する、拡大量は技工士の指定希望 | |
| IPR | 1. ☐ 実施しない（必要なし / 希望しない） | |
| | 2. ☑ 実施する / 必要であれば実施可能 | a. ☐ 部位と切削量を歯面図 / 歯式図に指示する |
| | | b. ☑ 部位と切削量は技工士の指定希望 |
| EL<br>圧下はSIを使用<br>挺出はボタンを付与 | 1. ☑ 併用しない（必要なし / 希望しない） | |
| | 2. ☐ 併用する / 必要であれば併用可能 | a. ☐ 圧下/挺出部位と移動量を歯面図 / 歯式図に指示する |
| | | b. ☐ 圧下/挺出部位と移動量は技工士の指定希望 |

バイトプレーン付きの場合はチェックします

乳歯・インプラント・ブリッジ・CR・補綴箇所等は記入してください

その他指示があれば記入します






当クリニックは、SheepMedical㈱から案内された最短で納品可能な歯科技工所での製作を希望します。

☐ 歯科技工所の変更を希望
（通常は上記合意のもと製作しますが、変更を希望される場合はチェックしてください）

技工所名一覧
キレカルサポートサイト
https://support.kirekar.com/faq/page-2208/

SheepMedical㈱
事務直通：03-6281-0231
技工士直通番号：050-5526_4602



© SheepMedical Co., Ltd.

# 追加コース契約の注文
## オプション：バイトランプ

キレイライン矯正 KIREI LIGN ORTHODONTICS

## 再診　発注書 兼 技工指示書

発注日 YYYY 年 MM 月 DD 日

素材：アライナー用樹脂シート

担当を記入します

**クリニック情報**

キレカルデータ取得

Dr. 山田　DH 高橋

**患者情報**

該当する場合は選択します

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 患者ID | 予約フォーム登録データ取得 | ☐ モニター / スタッフ | 生年月日 | 予約フォーム登録データ取得 年 月 日（ ）歳 |
| 氏名/ローマ字 | 予約フォーム登録データ取得 | | 性別 | 予約フォーム登録データ取得 ☐ 男 ☐ 女 |

- 技工物は技工指示に従い製作します。「技工士による指定希望」指示の場合は治療ガイドラインに則して製作します。
- 未記入、チェック漏れ等でご指示が確認できない場合は確認が取れ次第製作をすすめます。確認に時間を要すると納期遅れの原因につながりますことをご了承願います。
- 歯の移動により干渉

「1. アライナーを注文する」と契約コースを選択してステージ数を記入し、ATTとバイトランプの該当するアルファベットを選択します

**発注/契約内容** アラ

1. ☑ アライナーを注文する

a. ☐ 初回コース3ステージ分　b. ☐ 追加1回　c. ☐ 追加3回コース　d. ☑ 追加 [ 6 ] 回コース一括（6/9回）　e. ☐ 追加 [　] 回コース3ステージ分（6/9回）

補助機能：バイトランプ　a. ☐ 不要　b. ☑ バイトランプ付にする　※下顎前歯圧下補助は要ATT（ATTテンプレート b. 注文する）

追加治療：ATTテンプレート　a. ☑ 注文しない（追加治療の指示 1. 付与しない）　b. ☐ 注文する（追加治

分割発注・拡大床併用の場合は「e」を選択します

追加治療_ATTは
アライナーと同紙で注文します

a. ☐ 上下顎　b. ☐ 上顎のみ　補助機能：バイトプレーン　a. ☐ 不要　b. ☐ バイトプレーン付にする

オプション：スクリュー素材変更　a. ☐ 変更なし　b. ☐ ニッケルフリーに変更する

3. ☐ クリアリテーナーを注文する　a. ☐ 上下顎　b. 片顎のみ（ ☐ 上顎 ☐ 下顎 ）　最終ステージのセットアップデータで製作します

4. ☐ fix（ワイヤー）リテーナーを注文する　a. ☐ 上下顎　b. 片顎のみ（ ☐ 上顎 ☐ 下顎 ）　治療終了時の石膏模型で製作します

5. ☐ シミュレーション、再製作、その他　ョンステージ数や商品名、再製作理由等を記入してください

追加コースの234ステージのアライナーは初回の口腔内データで製作します
このタイミングで最新の口腔内データを使用する場合は、IDとその旨を記入します
※「追加1回」は発注ごとに最新の口腔内データが必要です

**口腔内データ** スキャン送信は「1」、石膏模型郵送

スキャン送信か石膏送付かを選択します

1. ☐ スキャンを送信済 ［ ID： ］　2. ☑ 石膏模型を郵送済

通常ルールと異なるタイミングで最新の口腔内データを使用する場合は余白に指示を記入してください（234ステージセットアップやクリアリテーナー製作等）

**仕上がり** セットアップはご注文の範囲で治るところまで作製します　「1」「2」のいずれか選択してください

仕上がりに対する指示を選択します

1. ☑ 可能な範囲までのセットアップで了承する

2. ☐ 許容について詳細を指示する（叢生 / 空隙が残ってOK、OJ / OBが残ることを了承済 etc）［ ］

**各追加治療の指示** 前回からの変更なしありを選択し、変更ありまたは追加シミュレーション注文の場合は該当する番号を選択してください

追加治療指示

a. ☐ 前回発注から変更なし（以下項目チェック不要：空欄）　b. ☑ 前回発注と変更ありまたは追加シミュレーション（以下項目チェック要）

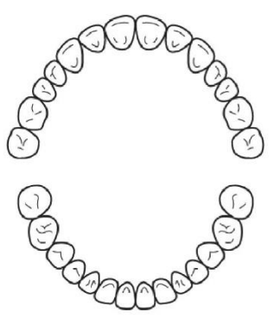
前回発注と1か所でも変更がある場合は該当箇所のみだけではなく項目すべてにチェックします
※「空欄の項目＝前回と変更なし」として製作します
拡大床とATTは注文状況と指示内容を合わせます

| | | |
|---|---|---|
| ATT | 1. ☑ 付与しない（ | |
| | 2. ☐ 付与する | a. |
| | | b. ☐ 部位と移動量は技工士の指定希望 |
| | 3. ☐ 追加シミュレーションの場合のみ：必要であれば付与する、部位と移動量は技工士の指定希望 | |
| 拡大床<br>拡大量は上下顎各5.0㎜まで<br>下顎のみ拡大床併用は原則禁止 | 1. ☑ 併用しない | |
| | 2. ☐ 併用する – ☐ 上下顎 / ☐ 上顎　補助機能： ☐ バイトプレーン付 | |
| | a. ☐ 拡大量を指示する　上顎：トータル［　　］㎜　下顎：トータル［　　］㎜ | |
| | b. ☐ 拡大量は技工士の指定希望 | |
| | 3. ☐ 追加シミュレーションの場合のみ：必要であれば併用する、拡大量は技工士の指定希望 | |
| IPR | 1. ☑ 実施しない（必要なし / 希望しない） | |
| | 2. ☐ 実施する / 必要であれば実施可能 | a. ☐ 部位と切削量を歯面図 / 歯式図に指示する |
| | | b. ☐ 部位と切削量は技工士の指定希望 |
| EL<br>圧下はSIを使用<br>挺出はボタンを付与 | 1. ☑ 併用しない（必要なし / 希望しない） | |
| | 2. ☐ 併用する / 必要であれば併用可能 | a. ☐ 圧下/挺出部位と移動量を歯面図 / 歯式図に指示する |
| | | b. ☐ 圧下/挺出部位と移動量は技工士の指定希望 |

乳歯・インプラント・ブリッジ・CR・補綴箇所等は記入してください

その他指示があれば記入します

**バイトランプで**
**一時的にバイトアップ**



| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 |

当クリニックは、SheepMedical㈱から案内された最短で納品可能な歯科技工所での製作を希望します。

☐ 歯科技工所の変更を希望
（通常は上記合意のもと製作しますが、変更を希望される場合はチェックしてください）

技工所名一覧
キレカルサポートサイト
https://support.kirekar.com/faq/page-2208/

SheepMedical㈱
事務直通：03-6281-0231
技工士直通番号：050-5526_4602



© SheepMedical Co., Ltd.

# 追加シミュレーションの注文



## 再診　発注書 兼 技工指示書

発注日 YYYY 年 MM 月 DD 日

素材：アライナー用樹脂シート

担当を記入します

**クリニック情報**

キレカルデータ取得

| Dr. | 山田 | DH | 高橋 |
|---|---|---|---|

**患者情報**

該当する場合は選択します

| 患者ID | 予約フォーム登録データ取得 | ☐ モニター / スタッフ | 生年月日 | 予約フォーム登録データ取得 年 月 日（ ）歳 |
|---|---|---|---|---|
| 氏名/ローマ字 | 予約フォーム登録データ取得 | | 性別 | 予約フォーム登録データ取得 ☐ 男 ☐ 女 |

- 技工物は技工指示に従い製作します。「技工士による指定希望」指示の場合は治療ガイドラインに則して製作します。
- 未記入、チェック漏れ等でご指示が確認できない場合は確認が取れ次第製作をすすめます。確認に時間を要すると納期遅れの原因につながりますことをご了承願います。
- 歯の移動により干渉が生じる可能性があります。必要に応じて咬合調整を行うことがあります

「5. シミュレーション、再製作、その他技工物を注文する」を選択し［］に詳細を記入します

**発注/契約内容** アライナーの注文は「1」、拡大床の注文は「2」、クリア

1. ☐ アライナーを注文する

a. ☐ 初回コース3ステージ分　b. ☐ 追加1回　c. ☐ 追加3回コース　d. ☐ 追加 [　] 回コース一括（6/9回）　e. ☐ 追加 [　] 回コース3ステージ分（6/9回）

補助機能：バイトランプ　a. ☐ 不要　b. ☐ バイトランプ付にする ※下顎前歯圧下補助は要ATT（ATTテンプレート b. 注文する）

追加治療：ATTテンプレート　a. ☐ 注文しない（追加治療の指示 1. 付与しない）　b. ☐ 注文する（追加治療の指示 2. 付与する）

2. ☐ 拡大床を注文する　a. ☐ 上下顎　b. ☐ 上顎のみ　補助機能：バイトプレーン　a. ☐ 不要　b. ☐ バイトプレーン付にする

オプション：スクリュー素材変更　a. ☐ 変更なし　b. ☐ ニッケルフリーに変更する

3. ☐ クリアリテーナーを注文する　a. ☐ 上下顎　b. 片顎のみ（ ☐ 上顎 ☐ 下顎 ）　最終ステージのセットアップデータで製作します

4. ☐ fix（ワイヤー）リテーナーを注文する　a. ☐　治療終了時の石膏模型で製作します

シミュレーションはステージ数も記入します

5. ☑ シミュレーション、再製作、その他技工物を注文する　［ 追加シミュレーション 10ステージ ］シミュレーションステージ数や商品名、再製作理由等を記入してください

**口腔内データ** スキャン送信は「1」、石膏模型郵送は「2」を選択してください　不良個所がある場合は再提出いただく可能性がございます

スキャン送信か石膏送付かを選択します

1. ☑ スキャンを送信済 ［ ID： 123456 ］　2. ☐ 石膏模型を郵送済

通常ルールと異なるタイミングで最新の口腔内データを使用する場合は余白に指示を記入してください（234ステージセットアップやクリアリテーナー製作等）

**仕上がり** セットアップはご注文の範囲で治るところまで作製します　「1」「2」のいずれか選択してください

仕上がりに対する指示を選択します

1. ☑ 可能な範囲までのセットアップで了承する

2. ☐ 許容について詳細を指示する（叢生 / 空隙が残ってOK、OJ / OBが残ることを了承済 etc）［　］

**各追加治療の指示** 前回からの変更なしありを選択し、変更ありまたは追加シミュレーション注文の場合は該当する番号を選択してください

追加治療指示

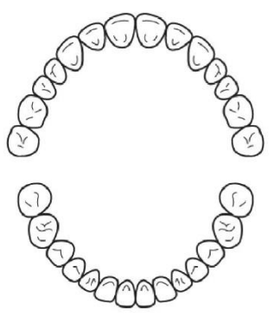
a. ☐ 前回発注から変更なし（以下項目チェック不要：空欄）　b. ☑ 前回発注と変更ありまたは追加シミュレーション（以下項目チェック要）

追加シミュレーションの指示を記入（全ての項目にチェック）します
※「空欄の項目＝前回指示と変更なし」として製作します
拡大床とATTは注文状況と指示内容を合わせます

| | | |
|---|---|---|
| ATT | 1. ☐ 付与しない（発注/契約内容 ATTテンプレ | |
| | 2. ☐ 付与する | a. ☐ 部位と移動量およ |
| | | b. ☐ 部位と移動量は技工士の指定希望 |
| | 3. ☑ 追加シミュレーションの場合のみ：必要であれば付与する、部位と移動量は技工士の指定希望 | |
| 拡大床<br>拡大量は上下顎各5.0㎜まで<br>下顎のみ拡大床併用は原則禁止 | 1. ☐ 併用しない | |
| | 2. ☐ 併用する – ☐ 上下顎 / ☐ 上顎　補助機能： ☐ バイトプレーン付 | |
| | a. ☐ 拡大量を指示する　上顎：トータル［　］㎜　下顎：トータル［　］㎜ | |
| | b. ☐ 拡大量は技工士の指定希望 | |
| | 3. ☑ 追加シミュレーションの場合のみ：必要であれば併用する、拡大量は技工士の指定希望 | |
| IPR | 1. ☐ 実施しない（必要なし / 希望しない） | |
| | 2. ☑ 実施する / 必要であれば実施可能 | a. ☐ 部位と切削量を歯面図 / 歯式図に指示する |
| | | b. ☑ 部位と切削量は技工士の指定希望 |
| EL<br>圧下はSIを使用<br>挺出はボタンを付与 | 1. ☐ 併用しない（必要なし / 希望しない） | |
| | 2. ☑ 併用する / 必要であれば併用可能 | a. ☐ 圧下/挺出部位と移動量を歯面図 / 歯式図に指示する |
| | | b. ☑ 圧下/挺出部位と移動量は技工士の指定希望 |

乳歯・インプラント・ブリッジ・CR・補綴箇所等は記入してください

その他指示があれば記入します



| 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 |

当クリニックは、SheepMedical㈱から案内された最短で納品可能な歯科技工所での製作を希望します。

☐ 歯科技工所の変更を希望
（通常は上記合意のもと製作しますが、変更を希望される場合はチェックしてください）

技工所名一覧
キレカルサポートサイト
https://support.kirekar.com/faq/page-2208/

SheepMedical㈱
事務直通：03-6281-0231
技工士直通番号：050-5526_4602



© SheepMedical Co., Ltd.

# 拡大床の注文



## 再診　発注書 兼 技工指示書

発注日 YYYY 年 MM 月 DD 日

素材：アライナー用樹脂シート

担当を記入します

**クリニック情報**

キレカルデータ取得

Dr. 山田　DH 高橋

**患者情報**

対象外

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 患者ID | 予約フォーム登録データ取得 | ☐ モニター / スタッフ | 生年月日 | 予約フォーム登録データ取得 年 月 日（ ）歳 |
| 氏名/ローマ字 | 予約フォーム登録データ取得 | | 性別 | 予約フォーム登録データ取得 ☐ 男 ☐ 女 |

- 技工物は技工指示に従い製作します。「技工士による指定希望」指示の場合は治療ガイドラインに則して製作します。
- 未記入、チェック漏れ等でご指示が確認できない場合は確認が取れ次第製作をすすめます。確認に時間を要すると納期遅れの原因につながりますことをご了承願います。
- 歯の移動により干渉が生じる可能性があります。必要に応じて咬合調整をお願いすることがあります。

「2. 拡大床を注文する」と該当するアルファベットを選択します

**発注/契約内容** アライナーの注文は「1」、拡大床の注文は「2」、クリア

1. ☐ アライナーを注文する

a. ☐ 初回コース3ステージ分　b. ☐ 追加1回　c. ☐ 追加3回コース　d. ☐ 追加 [　] 回コース一括（6/9回）　e. ☐ 追加 [　] 回コース3ステージ分（6/9回）

補助機能：バイトランプ　a. ☐ 不要　b. ☐ バイトランプ付にする　※下顎前歯圧下補助は要ATT（ATTテンプレート b. 注文する）

追加治療：ATTテンプレート　a. ☐ 注文しない（追加治療の指示 1. 付与しない）　b. ☐ 注文する（追加治療の指示 2. 付与する）

2. ☑ 拡大床を注文する　a. ☑ 上下顎　b. ☐ 上顎のみ　補助機能：バイトプレーン　a. ☑ 不要　b. ☐ バイトプレーン付にする

初診時の口腔内データで製作します

オプション：スクリュー素材変更　a. ☑ 変更なし　b. ☐ ニッケルフリーに変更する

3. ☐ クリアリテーナーを注文する　a. ☐ 上下顎　b. 片顎のみ（ ☐ 上顎 ☐ 下顎 ）　最終ステージのセットアップデータで製作します

4. ☐ fix（ワイヤー）リテーナーを注文する　a. ☐ 上下顎　b. 片顎のみ（ ☐ 上顎 ☐ 下顎 ）　治療終了時の石膏模型で製作します

5. ☐ シミュレーション、再製作、その他技工物を注文する　[　] シミュレーションステージ数や商品名、再製作理由等を記入してください

**口腔内データ** スキャン送信は「1」、石膏模型郵送は「2」を選択してください　不良個所がある場合は再提出いただく可能性がございます

1. ☐ スキャンを送信済 [ ID：　]　2. ☐ 石膏模型を郵送済

最新の口腔内データで製作する場合のみIDとその旨記入をします

通常ルールと異なるタイミングで最新の口腔内データを使用する場合は余白に指示を記入してください（234ステージセットアップやクリアリテーナー製作等）

**仕上がり** セットアップはご注文の範囲で治るところまで作製します　「1」「2」のいずれか選択してください

仕上がり・追加治療に対する指示は不要項目のため記入しません

1. ☐ 可能な範囲までのセットアップで了承する

2. ☐ 許容について詳細を指示する（叢生 / 空隙が残ってOK、OJ / OBが残ることを了承済 etc）[　]

**各追加治療の指示** 前回からの変更なしありを選択し、変更ありまたは追加シミュレーション注文の場合は該当する番号を選択してください

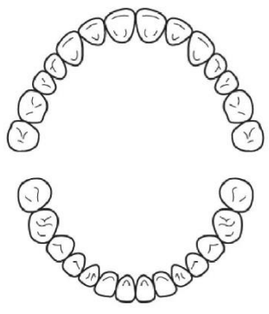
追加治療指示

a. ☐ 前回発注から変更なし（以下項目チェック不要：空欄）　b. ☐ 前回発注と変更ありまたは追加シミュレーション（以下項目チェック要）

| | |
|---|---|
| ATT | 1. ☐ 付与しない（発注/契約内容 ATTテンプレート a. 注文しない）<br>2. ☐ 付与する　a. ☐ 部位と移動量およびを目的を歯面図 / 歯式図に指示する　b. ☐ 部位と移動量は技工士の指定希望<br>3. ☐ 追加シミュレーションの場合のみ：必要であれば付与する、部位と移動量は技工士の指定希望 |
| 拡大床<br>拡大量は上下顎各5.0㎜まで<br>下顎のみ拡大床併用は原則禁止 | 1. ☐ 併用しない<br>2. ☐ 併用する – ☐ 上下顎 / ☐ 上顎　補助機能：☐ バイトプレーン付<br>a. ☐ 拡大量を指示する　上顎：トータル [　] ㎜　下顎：トータル [　] ㎜<br>b. ☐ 拡大量は技工士の指定希望<br>3. ☐ 追加シミュレーションの場合のみ：必要であれば併用する、拡大量は技工士の指定希望 |
| IPR | 1. ☐ 実施しない（必要なし / 希望しない）<br>2. ☐ 実施する / 必要であれば実施可能　a. ☐ 部位と切削量を歯面図 / 歯式図に指示する　b. ☐ 部位と切削量は技工士の指定希望 |
| EL<br>圧下はSIを使用<br>挺出はボタンを付与 | 1. ☐ 併用しない（必要なし / 希望しない）<br>2. ☐ 併用する / 必要であれば併用可能　a. ☐ 圧下/挺出部位と移動量を歯面図 / 歯式図に指示する　b. ☐ 圧下/挺出部位と移動量は技工士の指定希望 |

乳歯・インプラント・ブリッジ・CR・補綴箇所等は記入してください

その他指示があれば記入します



| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 |

**当クリニックは、SheepMedical㈱から案内された最短で納品可能な歯科技工所での製作を希望します。**

☐ 歯科技工所の変更を希望
（通常は上記合意のもと製作しますが、変更を希望される場合はチェックしてください）

技工所名一覧
キレカルサポートサイト
https://support.kirekar.com/faq/page-2208/

SheepMedical㈱
事務直通：03-6281-0231
技工士直通番号：050-5526_4602



© SheepMedical Co., Ltd.

# クリアリテーナーの注文



## 再診　発注書 兼 技工指示書

発注日 YYYY 年 MM 月 DD 日

素材：アライナー用樹脂シート

担当を記入します

**クリニック情報**

キレカルデータ取得

Dr. 山田　DH 高橋

**患者情報**

該当する場合は選択します

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 患者ID | 予約フォーム登録データ取得 | □ モニター / スタッフ | 生年月日 | 予約フォーム登録データ取得 年 月 日（ ）歳 |
| 氏名/ローマ字 | 予約フォーム登録データ取得 | | 性別 | 予約フォーム登録データ取得 □ 男 □ 女 |

- 技工物は技工指示に従い製作します。「技工士による指定希望」指示の場合は治療ガイドラインに則して製作します。
- 未記入、チェック漏れ等でご指示が確認できない場合は確認が取れ次第製作をすすめます。確認に時間を要すると納期遅れの原因につながりますことをご了承願います。
- 歯の移動により干渉が生じる可能性があります。必要に応じて咬合調整を行います。

「3. クリアリテーナーを注文する」と該当するアルファベットを選択します

**発注/契約内容** アライナーの注文は「1」、拡大床の注文は「2」、クリア

1. □ アライナーを注文する

a. □ 初回コース3ステージ分　b. □ 追加1回　c. □ 追加3回コース　d. □ 追加 [　] 回コース一括（6/9回）　e. □ 追加 [　] 回コース3ステージ分（6/9回）

補助機能：バイトランプ　a. □ 不要　b. □ バイトランプ付にする　※下顎前歯圧下補助は要ATT（ATTテンプレート b. 注文する）

追加治療：ATTテンプレート　a. □ 注文しない（追加治療の指示 1. 付与しない）　b. □ 注文する（追加治療の指示 2. 付与する）

2. □ 拡大床を注文する　a. □ 上下顎　b. □ 上顎のみ　補助機能：バイトプレーン　a. □ 不要　b. □ バイトプレーン付にする

オプション：スクリュー素材変更　a. □ 変更なし　b. □ ニッケルフリーに変更する

3. ☑ クリアリテーナーを注文する　a. ☑ 上下顎　b. 片顎のみ（ □ 上顎 □ 下顎 ）　最終ステージのセットアップデータで製作します

4. □ fix（ワイヤー）リテーナーを注文する　a. □ 上下顎　b. 片顎のみ（ □ 上顎 □ 下顎 ）　治療終了時の石膏模型で製作します

5. □ シミュレーション、再製作、その他 [　] ステージ数や商品名、再製作理由等を記入してください

治療終了時（最新）の口腔内データ情報を記入します
最新の口腔内データで製作を希望する場合は、行の余白にその旨を記入します

スキャン送信か石膏送付かを選択します

**口腔内データ** スキャン送信は「1」、石膏模型郵送

1. ☑ スキャンを送信済 [ ID： 123456 ]　2. □ 石膏模型を郵送済

通常ルールと異なるタイミングで最新の口腔内データを使用する場合は余白に指示を記入してください（234ステージセットアップやクリアリテーナー製作等）

**仕上がり** セットアップはご注文の範囲で治るところまで作製します　「1」「2」のいずれか選択してください

仕上がり・追加治療に対する指示は
不要項目のため記入しません

1. □ 可能な範囲までのセットアップで了承する

2. □ 許容について詳細を指示する（叢生 / 空隙が残ってOK、OJ / OBが残ることを了承済 etc）[　]

**各追加治療の指示** 前回からの変更なしありを選択し、変更ありまたは追加シミュレーション注文の場合は該当する番号を選択してください

追加治療指示

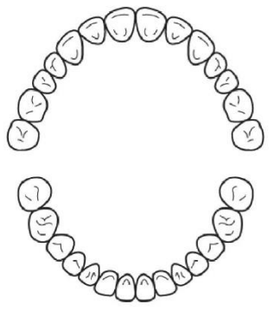
a. □ 前回発注から変更なし（以下項目チェック不要：空欄）　b. □ 前回発注と変更ありまたは追加シミュレーション（以下項目チェック要）

| | |
|---|---|
| ATT | 1. □ 付与しない（発注/契約内容 ATTテンプレート a. 注文しない）<br>2. □ 付与する　a. □ 部位と移動量およびを目的を歯面図 / 歯式図に指示する<br>b. □ 部位と移動量は技工士の指定希望<br>3. □ 追加シミュレーションの場合のみ：必要であれば付与する、部位と移動量は技工士の指定希望 |
| 拡大床<br>拡大量は上下顎各5.0㎜まで<br>下顎のみ拡大床併用は原則禁止 | 1. □ 併用しない<br>2. □ 併用する – □ 上下顎 / □ 上顎　補助機能： □ バイトプレーン付<br>a. □ 拡大量を指示する　上顎：トータル [　] ㎜　下顎：トータル [　] ㎜<br>b. □ 拡大量は技工士の指定希望<br>3. □ 追加シミュレーションの場合のみ：必要であれば併用する、拡大量は技工士の指定希望 |
| IPR | 1. □ 実施しない（必要なし / 希望しない）<br>2. □ 実施する / 必要であれば実施可能　a. □ 部位と切削量を歯面図 / 歯式図に指示する<br>b. □ 部位と切削量は技工士の指定希望 |
| EL<br>圧下はSIを使用<br>挺出はボタンを付与 | 1. □ 併用しない（必要なし / 希望しない）<br>2. □ 併用する / 必要であれば併用可能　a. □ 圧下/挺出部位と移動量を歯面図 / 歯式図に指示する<br>b. □ 圧下/挺出部位と移動量は技工士の指定希望 |

乳歯・インプラント・ブリッジ・CR・補綴箇所等は記入してください

その他指示があれば記入します
咬合面の削合をご希望される場合はこちらに記入してください

### 咬合面の削合希望



| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 |

当クリニックは、SheepMedical㈱から案内された最短で納品可能な歯科技工所での製作を希望します。

□ 歯科技工所の変更を希望
（通常は上記合意のもと製作しますが、変更を希望される場合はチェックしてください）

技工所名一覧
キレカルサポートサイト
https://support.kirekar.com/faq/page-2208/

SheepMedical㈱
事務直通：03-6281-0231
技工士直通番号：050-5526_4602



© SheepMedical Co., Ltd.

# fix（ワイヤー）リテーナーの注文



## 再診　発注書 兼 技工指示書

発注日 YYYY 年 MM 月 DD 日

素材：アライナー用樹脂シート

担当を記入します

**クリニック情報**

キレカルデータ取得

Dr. 山田　DH 高橋

**患者情報**

対象外

| | | | |
|---|---|---|---|
| 患者ID | 予約フォーム登録データ取得 ☐ モニター / スタッフ | 生年月日 | 予約フォーム登録データ取得 年 月 日（ ）歳 |
| 氏名/ローマ字 | 予約フォーム登録データ取得 | 性別 | 予約フォーム登録データ取得 ☐ 男 ☐ 女 |

- 技工物は技工指示に従い製作します。「技工士による指定希望」指示の場合は治療ガイドラインに則して製作します。
- 未記入、チェック漏れ等でご指示が確認できない場合は確認が取れ次第製作をすすめます。確認に時間を要すると納期遅れの原因につながりますことをご了承願います。
- 歯の移動により干渉が生じる可能性があります。必要に応じて咬合調整を[illegible]

「4. fix（ワイヤー）リテーナーを注文する」と該当するアルファベットを選択します

**発注/契約内容** アライナーの注文は「1」、拡大床の注文は「2」、クリア[illegible]

1. ☐ アライナーを注文する

a. ☐ 初回コース3ステージ分　b. ☐ 追加1回　c. ☐ 追加3回コース　d. ☐ 追加 [　] 回コース一括（6/9回）　e. ☐ 追加 [　] 回コース3ステージ分（6/9回）

補助機能：バイトランプ　a. ☐ 不要　b. ☐ バイトランプ付にする　※下顎前歯圧下補助は要ATT（ATTテンプレート b. 注文する）

追加治療：ATTテンプレート　a. ☐ 注文しない（追加治療の指示 1. 付与しない）　b. ☐ 注文する（追加治療の指示 2. 付与する）

2. ☐ 拡大床を注文する　a. ☐ 上下顎　b. ☐ 上顎のみ　補助機能：バイトプレーン　a. ☐ 不要　b. ☐ バイトプレーン付にする

オプション：スクリュー素材変更　a. ☐ 変更なし　b. ☐ ニッケルフリーに変更する

3. ☐ クリアリテーナーを注文する　a. ☐ 上下顎　b. 片顎のみ（ ☐ 上顎 ☐ 下顎 ）　最終ステージのセットアップデータで製作します

4. ☑ fix（ワイヤー）リテーナーを注文する　a. ☑ 上下顎　b. 片顎のみ（ ☐ 上顎 ☐ 下顎 ）　治療終了時の石膏模型で製作します

5. ☐ シミュレーション、再製作、その他技工物を注文する　[　] シミュレーションステージ数や商品名、再製作理由等を記入してください

**口腔内データ** スキャン送信は「1」、石膏模型郵送は「2」を選択してください　不良個所がある場合は再提出いただく可能性がございます

石膏送付を選択します

1. ☐ スキャンを送信済 [ ID： ]　2. ☑ 石膏模型を郵送済

通常ルールと異なるタイミングで最新の口腔内データを使用する場合は余白に指示を記入してください（234ステージセットアップやクリアリテーナー製作等）

**仕上がり** セットアップはご注文の範囲で治るところまで作製します　「1」「2」のいずれか選択してください

仕上がり・追加治療に対する指示は
不要項目のため記入しません

1. ☐ 可能な範囲までのセットアップで了承する

2. ☐ 許容について詳細を指示する（叢生 / 空隙が残ってOK、OJ / OBが残ることを了承済 etc）[　]

**各追加治療の指示** 前回からの変更なしありを選択し、変更ありまたは追加シミュレーション注文の場合は該当する番号を選択してください

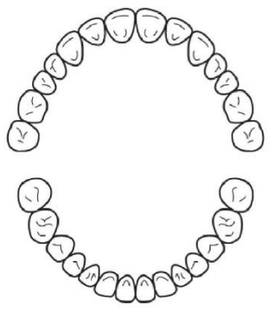
追加治療指示

a. ☐ 前回発注から変更なし（以下項目チェック不要：空欄）　b. ☐ 前回発注と変更ありまたは追加シミュレーション（以下項目チェック要）

| | |
|---|---|
| ATT | 1. ☐ 付与しない（発注/契約内容 ATTテンプレート a. 注文しない）<br>2. ☐ 付与する　a. ☐ 部位と移動量およびを目的を歯面図 / 歯式図に指示する　b. ☐ 部位と移動量は技工士の指定希望<br>3. ☐ 追加シミュレーションの場合のみ：必要であれば付与する、部位と移動量は技工士の指定希望 |
| 拡大床<br>拡大量は上下顎各5.0㎜まで<br>下顎のみ拡大床併用は原則禁止 | 1. ☐ 併用しない<br>2. ☐ 併用する – ☐ 上下顎 / ☐ 上顎　補助機能：☐ バイトプレーン付<br>a. ☐ 拡大量を指示する　上顎：トータル [　] ㎜　下顎：トータル [　] ㎜<br>b. ☐ 拡大量は技工士の指定希望<br>3. ☐ 追加シミュレーションの場合のみ：必要であれば併用する、拡大量は技工士の指定希望 |
| IPR | 1. ☐ 実施しない（必要なし / 希望しない）<br>2. ☐ 実施する / 必要であれば実施可能　a. ☐ 部位と切削量を歯面図 / 歯式図に指示する　b. ☐ 部位と切削量は技工士の指定希望 |
| EL<br>圧下はSIを使用<br>挺出はボタンを付与 | 1. ☐ 併用しない（必要なし / 希望しない）<br>2. ☐ 併用する / 必要であれば併用可能　a. ☐ 圧下/挺出部位と移動量を歯面図 / 歯式図に指示する　b. ☐ 圧下/挺出部位と移動量は技工士の指定希望 |

乳歯・インプラント・ブリッジ・CR・補綴箇所等は記入してください

その他指示があれば記入します



| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 |

**当クリニックは、SheepMedical㈱から案内された最短で納品可能な歯科技工所での製作を希望します。**

☐ 歯科技工所の変更を希望
（通常は上記合意のもと製作しますが、変更を希望される場合はチェックしてください）

技工所名一覧
キレカルサポートサイト
https://support.kirekar.com/faq/page-2208/

SheepMedical㈱
事務直通：03-6281-0231
技工士直通番号：050-5526_4602



© SheepMedical Co., Ltd.

# 再製作の注文



## 再診　発注書 兼 技工指示書

発注日 YYYY 年 MM 月 DD 日

素材：アライナー用樹脂シート

担当を記入します

**クリニック情報**

キレカルデータ取得

Dr. 山田　DH 高橋

**患者情報**

該当する場合は選択します

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 患者ID | 予約フォーム登録データ取得 | ☐ モニター / スタッフ | 生年月日 | 予約フォーム登録データ取得 年 月 日（ ）歳 |
| 氏名/ローマ字 | 予約フォーム登録データ取得 | | 性別 | 予約フォーム登録データ取得 ☐ 男 ☐ 女 |

- 技工物は技工指示に従い製作します。「技工士による指定希望」指示の場合は治療ガイドラインに則して製作します。
- 未記入、チェック漏れ等でご指示が確認できない場合は確認が取れ次第製作をすすめます。確認に時間を要すると納期遅れの原因につながりますことをご了承願います。
- 歯の移動により干渉が生じる可能性があります。必要に応じて咬合調整を行うことがあります。

「5. シミュレーション、再製作、その他技工物を注文する」を選択し［］に詳細を記入します

**発注/契約内容** アライナーの注文は「1」、拡大床の注文は「2」、クリア

1. ☐ アライナーを注文する

a. ☐ 初回コース3ステージ分　b. ☐ 追加1回　c. ☐ 追加3回コース　d. ☐ 追加 [　] 回コース一括（6/9回）　e. ☐ 追加 [　] 回コース3ステージ分（6/9回）

補助機能：バイトランプ　a. ☐ 不要　b. ☐ バイトランプ付にする　※下顎前歯圧下補助は要ATT（ATTテンプレート b. 注文する）

ATTテンプレート　上下

追加治療：ATTテンプレート　a. ☐ 注文しない（追加治療の指示 1. 付与しない）　b. ☐ 注文する（追加治療の指示 2. 付与する）

2. ☐ 拡大床を注文する　a. ☐ 上下顎　b. ☐ 上顎のみ　補助機能：バイトプレーン　a. ☐ 不要　b. ☐ バイトプレーン付にする

オプション：スクリュー素材変更　a. ☐ 変更なし　b. ☐ ニッケルフリーに変更する

3. ☐ クリアリテーナーを注文する　a. ☐ 上下顎　b. 片顎のみ（ ☐ 上顎 ☐ 下顎 ）　最終ステージのセットアップデータで製作します

4. ☐ fix（ワイヤー）リテーナーを注文する　a. ☐　治療終了時の石膏模型で製作します

「上下・上のみ・下のみ」も併せて記入します

5. ☑ シミュレーション、再製作、その他技工物を注文する　［ ATTテンプレート　上下 ］シミュレーションステージ数や商品名、再製作理由等を記入してください

**口腔内データ** スキャン送信は「1」、石膏模型郵送は「2」を選択してください　不良個所がある場合は再提出いただく可能性がございます

1. ☐ スキャンを送信済 ［ ID： ］　2. ☐ 石膏模型を郵送済

最新の口腔内データで製作する場合のみ IDとその旨記入をします

通常ルールと異なるタイミングで最新の口腔内データを使用する場合は余白に指示を記入してください（234ステージセットアップやクリアリテーナー製作等）

**仕上がり** セットアップはご注文の範囲で治るところまで作製します　「1」「2」のいずれか選択してください

1. ☐ 可能な範囲までのセットアップで了承する

2. ☐ 許容について詳細を指示する（叢生 / 空隙が残ってOK、OJ / OBが残ることを了承済 etc）［ ］

仕上がり・追加治療に対する指示は アライナー再作製（再セットアップ）の場合のみ記入します

**各追加治療の指示** 前回からの変更なしありを選択し、変更ありまたは追加シミュレーション注文の場合は該当する番号を選択してください

追加治療指示

a. ☐ 前回発注から変更なし（以下項目チェック不要：空欄）　b. ☐ 前回発注と変更ありまたは追加シミュレーション（以下項目チェック要）

**ATT**

1. ☐ 付与しない（発注/契約内容 ATTテンプレート a. 注文しない）
2. ☐ 付与する　a. ☐ 部位と移動量およびを目的を歯面図 / 歯式図に指示する　b. ☐ 部位と移動量は技工士の指定希望
3. ☐ 追加シミュレーションの場合のみ：必要であれば付与する、部位と移動量は技工士の指定希望

**拡大床**

拡大量は上下顎各5.0㎜まで
下顎のみ拡大床併用は原則禁止

1. ☐ 併用しない
2. ☐ 併用する – ☐ 上下顎 / ☐ 上顎　補助機能： ☐ バイトプレーン付
   a. ☐ 拡大量を指示する　上顎：トータル［　］㎜　下顎：トータル［　］㎜
   b. ☐ 拡大量は技工士の指定希望
3. ☐ 追加シミュレーションの場合のみ：必要であれば併用する、拡大量は技工士の指定希望

**IPR**

1. ☐ 実施しない（必要なし / 希望しない）
2. ☐ 実施する / 必要であれば実施可能　a. ☐ 部位と切削量を歯面図 / 歯式図に指示する　b. ☐ 部位と切削量は技工士の指定希望

**EL**

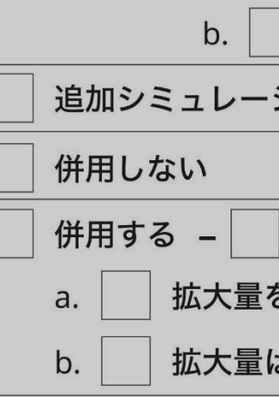
圧下はSIを使用
挺出はボタンを付与

1. ☐ 併用しない（必要なし / 希望しない）
2. ☐ 併用する / 必要であれば併用可能　a. ☐ 圧下/挺出部位と移動量を歯面図 / 歯式図に指示する　b. ☐ 圧下/挺出部位と移動量は技工士の指定希望

乳歯・インプラント・ブリッジ・CR・補綴箇所等は記入してください

その他指示があれば記入します

**ATTテンプレート 破損のため**



| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 |

当クリニックは、SheepMedical㈱から案内された最短で納品可能な歯科技工所での製作を希望します。

☐ 歯科技工所の変更を希望
（通常は上記合意のもと製作しますが、変更を希望される場合はチェックしてください）

技工所名一覧
キレカルサポートサイト
https://support.kirekar.com/faq/page-2208/

SheepMedical㈱
事務直通：03-6281-0231
技工士直通番号：050-5526_4602



© SheepMedical Co., Ltd.

SheepMedical

免責事項

ここに記載する情報は、当法人が正確を期して提供しておりますが、その正確性、有用性、確実性について保証するものではなく、一切の責任を負わないものといたします。

また、これらの情報は各々の判断と責任によってご利用いただくものであり、医療診断または治療の代用として利用されることは意図されておらず、また想定もしておりません。

なお、情報をより正確かつ適切にご利用いただくために、予告無く内容の修正、変更、削除をおこなう場合がありますが、それらによって生じるいかなる損害についても一切の責任を負わないものといたします。