

# ティーアライナー

# ( 技工指示書 )

医院名

Mail-Address

症例番号

歳    月    男・女

患者名

印象採得日

年    月    日

装着予定日

年    月    日

## 治療項目 ( 治療の流れ )

上顎

拡大 ( 前方・側方・その他 )

縮小

近遠心的な移動

捻転

その他

下顎

拡大 ( 前方・側方・その他 )

縮小

近遠心的な移動

捻転

その他

( 移動させる歯牙に○をつけてください )

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

「どの歯を、何mm、どのように動かす」と、詳しく指示してください

( ディスキングが    ある    ない )

ディスクングの予定がある場合には、下記の図中に場所をお示し下さい。

模型上でディスクングすると 0.7 mm のスペースが生じます。



UPPER



LOWER

※ 床の形 ( T-Aligner    他の Aligner のときは床の形を指示下さい )