

提出前ワークシート

院内専用・このフォームを提出しないこと

この任意のワークシートは、dr.clearcorrect.comに症例を提出する準備にお使いいただけます。

基本情報

日付 _____

医師氏名 _____

患者氏名 _____

患者の性別 男性 女性 患者の生年月日 ____ / ____ / ____

期間 推奨 ____ ステップに限定

現症

主訴:

上顎正中線

- 正中
- 右方偏位 ____ mm
- 左方偏位 ____ mm

下顎正中線

- 正中
- 右方偏位 ____ mm
- 左方偏位 ____ mm

犬歯関係

- 右側: クラス ____
- 左側: クラス ____

大白歯関係

- 右側: クラス ____
- 左側: クラス ____

指示 標準は青緑のハイライトです。

治療する歯列弓

上顎

下顎

上顎正中線

- 維持
- 改善
- 理想化

下顎正中線

- 維持
- 改善
- 理想化

オーバージェット

- 維持
- 改善
- 理想化

オーバーバイト

- 維持
- 改善
- 理想化

歯列弓形

- 維持
- 改善
- 理想化

犬歯関係

- 維持
- 改善
- 理想化

大白歯関係

- 維持
- 改善
- 理想化

臼歯部交叉咬合

- 維持
- 改善
- 理想化

IPR

- はい
- いいえ
- 必要な場合のみ

エンゲイジャー

- はい
- いいえ
- 必要な場合のみ

唇側傾斜

- はい
- いいえ
- 必要な場合のみ

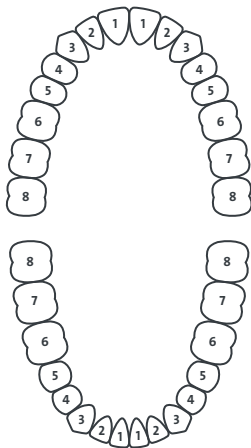
拡大

- はい
- いいえ
- 必要な場合のみ

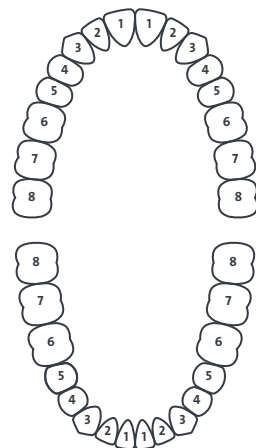
遠心移動

- はい
- いいえ
- 必要な場合のみ

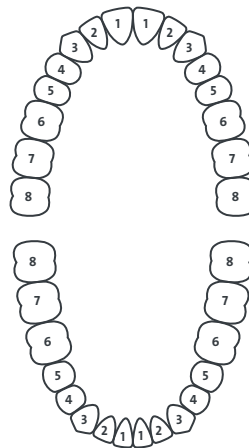
以下の歯はエンゲイジャーを避ける
(顔面修復等)



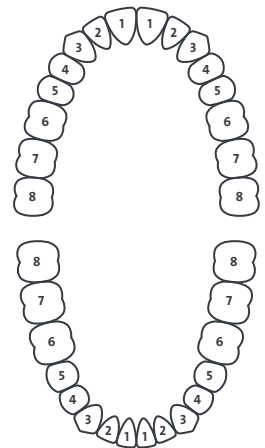
治療前に以下を抜歯予定
(顔面修復等)



以下のスペースを空けておく



以下の歯は動かさない
(ブリッジ、強直歯等)



その他の指示: