

＜スクリュー交換依頼書＞

＜宛先＞

株式会社プロシード
 E-mail : ortho@pro-seed. co. jp
 FAX : 03-5468-1650

＜スクリュー交換条件＞

電動式スクリールドライバー「オルソニア」をご購入いただいたご施設で、「オルソニア」を使用し、デュアル・トップオートスクリューⅢの植立を行った場合の脱離・破折を対象とさせていただきます。お手数ですが下記必要事項をご記入の上、E-mailまたはFAXにてご依頼下さい。

*** 治療終了後の抜釘したスクリューは対象外となります。**

記入日	年 月 日		
貴院名			お名前
ご住所 TEL	〒 TEL:		
ご希望のスクリューサイズ (脱離したスクリューと異なるサイズのご依頼も可能です)	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> JB <input type="checkbox"/> G1 <input type="checkbox"/> G2 <input type="checkbox"/> JD <input type="checkbox"/> JK <input type="checkbox"/> JO <input type="checkbox"/> MIM		
	滅菌品をご希望の際は□に✓をお願い致します。 <input type="checkbox"/> 滅菌品希望 *スクリューの形状・サイズによっては滅菌品の在庫がない場合もありますのでご了承ください。		
	径 mm × 長さ mm	数量	本
患者様情報	性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	
	年齢	歳	
脱離したスクリューサイズ	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> JB <input type="checkbox"/> G1 <input type="checkbox"/> G2 <input type="checkbox"/> JD <input type="checkbox"/> JK <input type="checkbox"/> JO <input type="checkbox"/> MIM		
	径 mm × 長さ mm	数量	本
脱離時期	埋入後 日		
スクリュー埋入部位	<input type="checkbox"/> 上顎 <input type="checkbox"/> 下顎 <input type="checkbox"/> 口蓋 <input type="checkbox"/> その他		
	□頬側 間	□舌側 間	□その他
オルソニア使用アタッチメント	<input type="checkbox"/> ストレートホルダー <input type="checkbox"/> アングルホルダー		
オルソニア設定値	トルク	N cm	速度 <input type="checkbox"/> LOW <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> HIGH
埋入途中でトルク値を変更した場合	開始時	N cm	⇒ N cmへ変更
パイロットドリルの使用	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し		
現在までのスクリュー埋入経験数	本	症例 (おおよそで結構です)	
その他埋入時にお気づきの点がございましたらご記入下さい。			
口腔内写真		脱離スクリュー写真	
その他ご要望			
社内記入欄			
受付日	年 月 日	その他特記事項	
交換品出荷日	年 月 日		
交換実績	本		