

＜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＞

電動式スクリュードライバー「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		
	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		
	<input type="checkbox"/> 頬側 間 <input type="checkbox"/> 舌側 間 <input type="checkbox"/> 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"/> アンクルホルダー		
オルソニア設定値	トルク	N cm	速度 <input type="checkbox"/> LOW <input type="checkbox"/> MD <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		