



Vキッズ(小児口腔機能育成装置)発注書

ご注文日	年 月 日
------	-------

歯科医院名	
ご住所	
主治医氏名	
電話 /FAX	

ふりがな		性別	男 ・ 女
患者氏名		年齢	歳 ヶ月

発注項目

該当する項目に☑をご記入ください。

価格は税別表示となっております

項目	価格	備考
<input type="checkbox"/> Vキッズ	¥ 15,000-	口腔育成を促す小児用小児口腔機能育成装置（下顎に装着） カラー： <input type="checkbox"/> 透明 <input type="checkbox"/> ブルー <input type="checkbox"/> ピンク <input type="checkbox"/> きいろ <input type="checkbox"/> オレンジ <input type="checkbox"/> むらさき

※カラーの選択がない場合は、透明での製作となります。

主治医コメント欄	下記チェック項目へのご記入も 忘れず に お願いいたします。
<input type="checkbox"/> ※必須 <input type="checkbox"/> 反対咬合 <input type="checkbox"/> 過蓋咬合 <input type="checkbox"/> 交叉咬合 <input type="checkbox"/> 開咬 <input type="checkbox"/> 偏位咬合 <input type="checkbox"/> 正常咬合 <input type="checkbox"/> その他	

発注前チェック	アポイント日	休診日
<input type="checkbox"/> 上下模型 <input type="checkbox"/> 下顎模型のみ（低年齢で採取困難な場合） <small>※模型は硬石膏でお願いします。</small>	月 日	/ 曜日
<input type="checkbox"/> バイトあり <input type="checkbox"/> バイトなし（低年齢で採取困難な場合）		

※製作時に写真は必要ございません。 ※ご希望のお日にちに対応できない場合もございます。ご了承ください。



I will dental Ltd.

株式会社アイルデンタル

〒663-8006 兵庫県西宮市段上町4丁目1-34

TEL: 0798-61-5771 FAX: 0798-61-5772

Mail: support@iwilldental.com

- Vキッズ（小児口腔機能育成装置）とは、株式会社アイルデンタルが製作する、Vキッズロゴマークの入った装置です。
- Vキッズ（小児口腔機能育成装置）の到着後、患者様装着前の破損につきましては無料で再製作を致します。
- 患者様の紛失、調整中の破損につきましては、再度技工料が必要となります。（納品より3ヶ月以内であれば、税別9,000円となります）
- 効果には、個人差があり使用開始年齢や期間、個別の事情、予期せぬ生体の反応等により、期待通りの結果が十分に得られない場合が発生することをご理解ください。
- 上記の内容をご理解の上、ご発注をいただけますようお願い申し上げます。