

# 歯科技工指示書

発行日 年 月 日 納品希望日 年 月 日

歯科医院名 歯科医師名  
住所  
TEL

フリガナ  
患者名 様 ( ) 才 男・女

歯科技工所名 歯科技工士名  
住所  
TEL

## 4. オプション

- ノブあり (1ヶ所)
- アクセスホール付与
- 角度補正
- リバース加工 (通常納期+1日)
- カラーリングリキッド (A1, A2, A3, A3.5, エナメル)

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

備考

### 1. 注文方法 新規 再製 (理由 )

- 模型送付プラン
  - ダブルスキャン (そのままの形態で作成) ※デジタルカットバックが必要な場合デザインになります
  - デジタルデザイン (デジタルカットバック  あり ・  なし)

- データ送信プラン
    - STL データ送信
    - IOS データ送信 (ミリング  あり ・  なし)
    - IOS データ完成補綴 (TypeA ・ TypeB ・ TypeC )
    - 3D プリント模型 (上顎 ・ 下顎 ・ 個歯 ・ その他 )
- ※インプラントの場合は 3. 補綴形態ヘメーカー 種類等ご記載ください

### 2. 使用材料選択 \_\_\_\_\_

- Zr (色 )  Ti Gr5  CoCr
- CAD/CAM 冠 (色 )  PMMA (データのみ)

### 3. 補綴形態 \_\_\_\_\_

- 支台歯
- インプラント (メーカー 種類 サイズ )
  - スクリューリテイン (□ 持込チタンベースあり ※ホー加工が必要な場合予約チェック )
  - カスタムアバットメント (□ 鏡面研磨あり □ ポジショニングジグ作成) ※別途技工料 ( マージン直径 全長 マージンまでの長さ )

送付物

- 1 枚目 (白色) を歯科医院様控えにして下さい
- 2・3 枚目 (クリーム色・ピンク色) を弊社へお渡しください

※ジルコニアインプラントに使用するベースパーツは歯科技工所【Geo Custom Solutions】にて製作された Geo Multi-Base を使用します  
 ※4. オプションには一部別途費用をご請求する項目がございます。価格はお問合せください。

歯科技工指示書		発行日	納品希望日
		年 月 日	年 月 日
歯科医院名 <input type="checkbox"/> 歯科医院 歯科医師名 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> △ 住所 〒541-0000 大阪府△口市○○区 1-2-3 TEL 06-xxxx-xxxx		フリガナ	
歯科技工所名 Johnny's Factory 歯科技工士名 工場 花子 住所 〒541-0053 大阪府大阪市中央区本町 2-3-4 アソルティ本町 7F TEL 06-6266-3700 FAX 06-6266-3701		患者名 山田 太郎 様 ( ) 才 <input checked="" type="radio"/> 男・女	
<b>1. 注文方法</b> <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 再製 (理由 ) <b>■ 模型送付プラン</b> <input type="checkbox"/> ダブルスキャン (そのままの形態で作成) ※デジタルカットバックが必要な場合デザインになります <input checked="" type="checkbox"/> デジタルデザイン (デジタルカットバック <input checked="" type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし) <b>■ データ送信プラン</b> <input type="checkbox"/> STL データ送信 <input type="checkbox"/> IOS データ送信 (ミリング <input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし) <input type="checkbox"/> IOS データ完成補綴 (TypeA・TypeB・TypeC) <input type="checkbox"/> 3D プリント模型 (上顎・下顎・個歯・その他 ) <small>※インプラントの場合は 3. 補綴形態ヘメーカー・種類等ご記載ください</small>		<b>4. オプション</b> <input type="checkbox"/> ノブあり (1ヶ所) <input checked="" type="checkbox"/> アクセスホール付与 <input type="checkbox"/> 角度補正 <input type="checkbox"/> リバース加工 (通常納期+1日) <input checked="" type="checkbox"/> カラーリングリキッド (A1, A2, <input checked="" type="checkbox"/> A3, A3.5, エナメル)	
		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	
		備考	
<b>2. 使用材料選択</b> <input checked="" type="checkbox"/> Zr (色 E2 ) <input type="checkbox"/> Ti Gr5 <input type="checkbox"/> CoCr <input type="checkbox"/> CAD/CAM 冠 (色 ) <input type="checkbox"/> PMMA (データのみ)			
<b>3. 補綴形態</b> <input type="checkbox"/> 支台歯 <input checked="" type="checkbox"/> インプラント (メーカー MegaGen 種類 AnyRidge サイズ ) <input type="checkbox"/> スクリューリテイン (口持込チタンベースあり ※ホール加工が必要な場合オプション) <input type="checkbox"/> カスタムアパットメント (口鏡面研磨あり □ ポジショニングシグ作成) ※別途技工料 <small>( マージン直径 全長 マージンまでの長さ )</small>			
		送付物 模型、対合、Waxup	

カットバックが必要な場合は必ずチェックをお願いします

材料に必ずチェックをお願いします  
ZrとCAD/CAM冠はお色もご記入ください

インプラントの場合はメーカー/種類/サイズを必ずご記入ください

インプラントの場合は自動でホール付きになりますチェックは必要ありません

冠冠の場合は連結部位をイラストのようにご記入ください