

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 (一ヶ所)
- アクセスホール付与
- 角度補正
- 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) ※デジタルカットパ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 (デジタルカットパック 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. 補綴形態へメーカー・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 ※熱加工が必要な場合予約フェック)
 - 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	
1. 注文方法 <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 再製 (理由) ■ 模型送付プラン <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) ■ データ送信プラン <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>		4. オプション <input type="checkbox"/> ノブあり (一ヶ所) <input checked="" type="checkbox"/> アクセスホール付与 <input type="checkbox"/> 角度補正 <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	
2. 使用材料選択 <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)		備考	
3. 補綴形態 <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"/> スクエリテン (口持込チタンベースあり ※糸加工が必要な場合オプション付) <input type="checkbox"/> カスタムアバットメント (口鏡面研磨あり □ポジショニングジグ作成) ※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

連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