



# STAR GATE 技工指示書

☐ 歯科医院様控

太枠内は必須項目です

|       |   |   |   |        |   |   |   |
|-------|---|---|---|--------|---|---|---|
| ●ご依頼日 | 年 | 月 | 日 | ●納品予定日 | 年 | 月 | 日 |
|-------|---|---|---|--------|---|---|---|

|      |      |           |         |         |
|------|------|-----------|---------|---------|
| ●送付物 | 模型 個 | レジンパターン 本 | スクリュー 本 | その他 ( ) |
|------|------|-----------|---------|---------|

|                                                                                                                                                 |                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| フリガナ<br>患者様名                                                                                                                                    |                          |
| 様 性別 ( <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 ) 年齢 ( オ )                                                                         |                          |
| 請求先                                                                                                                                             | 納品先                      |
| <input type="checkbox"/> の欄に <input checked="" type="checkbox"/> を付けてください。(請求先に <input checked="" type="checkbox"/> が無い場合は、技工所様への請求とさせていただきます。) |                          |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> |
| 歯科医院名                                                                                                                                           |                          |
| 担当 様                                                                                                                                            |                          |
| 住所 〒                                                                                                                                            |                          |
| TEL: FAX:                                                                                                                                       |                          |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> |
| 技工所名                                                                                                                                            |                          |
| 担当 様                                                                                                                                            |                          |
| 住所 〒                                                                                                                                            |                          |
| TEL: FAX:                                                                                                                                       |                          |
| e-mail:                                                                                                                                         |                          |

|                                            |   |   |   |   |   |   |             |   |   |   |   |   |   |   |   |
|--------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|-------------|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ● 歯番部位表 (インプラント埋入部位の歯番に○を付け、□に記号を記入してください) |   |   |   |   |   |   |             |   |   |   |   |   |   |   |   |
| <div></div>                                |   |   |   |   |   |   | <div></div> |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 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 |
| <div></div>                                |   |   |   |   |   |   | <div></div> |   |   |   |   |   |   |   |   |

ご依頼の際には「①歯科医院様控」または「②歯科技工所様控」をお手元に残し「③DTI 控」と「④SPDL 控」を同封してください。

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ● 技工作物種類 ( <input type="checkbox"/> の欄に <input checked="" type="checkbox"/> を付けてください)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| チタンカスタムベース (スクリュー付属)<br><input type="checkbox"/> チタンカスタムベース 【チタン合金】<br><input type="checkbox"/> チタンカスタムベース用 リテーニングスクリュー 単品 【チタン合金】<br>※別表より該当インプラント種類の記号を選択し、歯番部位表にご記入ください。                                                                                                                                                                                                                             |
| インプラントブリッジ (スクリュー付属)<br><input type="checkbox"/> ユニバーサル インプラントブリッジ 【 <input type="checkbox"/> 純チタン <input type="checkbox"/> チタン合金 <input type="checkbox"/> コバルトクロム合金】<br><input type="checkbox"/> ユニバーサル インプラントブリッジ プレートタイプ 【チタン合金】<br><input type="checkbox"/> ユニバーサル インプラントブリッジ パータイプ 【チタン合金】<br><input type="checkbox"/> インプラントブリッジ用 リテーニングスクリュー 単品 【チタン合金】<br>※別表より該当インプラント種類の記号を選択し、歯番部位表にご記入ください。 |
| ユニバーサルベース<br><input type="checkbox"/> ユニバーサル アバットメント 【チタン合金】<br>※別表より該当インプラント種類・サイズ・カフ長の記号を選択し、歯番部位表にご記入ください。                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| その他コンポーネント<br><input type="checkbox"/> ユニバーサル テンポラリーベース (スクリュー付属) 【チタン合金】<br><input type="checkbox"/> ユニバーサル コンフォートキャップ 【チタン合金】                                                                                                                                                                                                                                                                         |

|        |
|--------|
| 設計指示詳細 |
|        |

|                                                          |
|----------------------------------------------------------|
| ご発注について                                                  |
| ※STAR GATEシステムは、歯科医師が発行するSTAR GATE技工指示書によって技工作物を作製いたします。 |
| ※技工指示書には必ず歯科医院名・患者様名・請求先・納品先をご記入ください。                    |
| ※納期につきましては、HPよりご確認ください。地域・天候・交通事情等によりご希望に添えない場合があります。    |
| ※当技工指示書で作製されたものは、返品および交換はいたしかねます。                        |

|                                                           |
|-----------------------------------------------------------|
| 【模型送付先】受託歯科技工所1 : Dental Technology Instituteとちぎ (DTIとちぎ) |
| 住所 : 〒322-0251 栃木県鹿沼市野尻 113-6                             |
| TEL : 0120-418-325 FAX : 0120-418-321                     |
| email : sgco@dti-stargate.co.jp HP : www.dti-cadcam.com   |
| 受託歯科技工所2 : S.P.D.L. (SP Dental Laboratory) ミリングセンター       |
| 品質管理基準書に基づく                                               |