K-1

＊は必須項目です

IOS 技工指示書

email：info@dti-cadcam.com
FAX：03-5610-3681

＊ご依頼日　　年　　月　　日		納品希望日　　年　　月　　日	
＊フリガナ			
＊患者様名　　様　　性別（□男 □女）　年齢（　　才）			
＊請求先	＊納品先	□ の欄に☑を付けてください。（請求先に☑がない場合は、技工所 様への請求とさせていただきます）	
□	□	＊歯科医院名　　＊歯科医師名　　様	
		＊住所 〒	
		＊ TEL	FAX
□	□	＊技工所名　　＊担当者名　　様	
		＊住所 〒	
		＊ TEL	FAX
＊設計確認（連絡）用メールアドレス：			

＊設計 【＊□単冠 or □連冠】【＊□ファイナル □データのみ □ジルコニア ミリング加工のみ □その他（詳細は下記記載）】

□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
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
□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□

＊技工物種類（□の欄に☑を付けてください）　**＊□インプラント（①、②、③へ）** or **□天然歯（③へ）**

① インプラント

□チタンベース付ジルコニアクラウン【スクリューリテインのみ】
□チタンカスタムベース ＋ジルコニアクラウン
【□スクリューリテイン □セメントリテイン】
□チタンカスタムベースのみ（チタン のみ）
□その他（　　）

② Certain Internal、External Hex インプラントの場合、下記を必ずご記入ください

□**Certain Internal**
・スクリュー材料　：□チタン　□ゴールド（＋2,300 円）
・クイックシートコネクション：□あり　□なし

□**External Hex**
・スクリュー材料　：□チタン　□ゴールド（＋2,300 円）
・スクリューヘッド：□ヘクスト　□スクエア

③ マテリアル選択及びシェード

ジルコニア：
□Nacera 【□A1 □A2 □A3 □A3.5 □A4 □B2 □C2 □D2】
□3DPro 【□A1 □A2 □A3 □A3.5 □Bleach】
PMMA： □ピュア【□A2 □A3】

④ その他

□3D プリンター模型 【□上下顎 □片顎（□上顎 □下顎）】
【□アナログを模型に装着して納品 □アナログ不要
※ Zimvie 製品（DTI 製品）のみ対応】
□アバットメントトランスファージグ
□ベリフィケーションインデックス

＊送付物　□印象　□石膏模型　□印象コーピング　□アナログ　□アバットメント　□その他（　　）

部位【　　】インプラント【　　】サイズ【　　】エンコード規格番号【　　】
部位【　　】インプラント【　　】サイズ【　　】エンコード規格番号【　　】
部位【　　】インプラント【　　】サイズ【　　】エンコード規格番号【　　】
部位【　　】インプラント【　　】サイズ【　　】エンコード規格番号【　　】

設計指示詳細

ご発注について
※歯科医師が発行する技工指示書によって技工物を作製いたします。
※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。

チタン合金　TI-6AL-4V（64 チタン）　認証番号 222AIBZX00037000
純チタン　認証番号 222AIBZX00036000
コバルトクロム合金　認証番号 225AABZX00085000

受託歯科技工所：Dental Technology Institute（DTI 東京）
〒130-0014 東京都墨田区亀沢 4-9-4-101
受託歯科技工所：S.P.D.L（S P Dental Laboratory）ミリングセンター