

*は必須項目です

* 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 (<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女)		年齢 (才)		
*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"/> がない場合は、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					*歯科医師名				様
		*住所 〒									
		*TEL				FAX					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	*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 【技工物: SG チタンベース 金属材料: チタン合金ブロック S TI-6AL-4V(64 チタン) 認証番号 222AIBZX00037000】

[ZimVie Certain Internal, External Hex インプラントの場合選択必須]

Certain ベース: クイックシート あり なし スクリュー: チタン ゴールド ヘクスト スクエア

部位	システム	径タイプ	①フレア	②カフ	③高さ	④カット面	⑤テーパー
			<input type="checkbox"/> スタンダード <input type="checkbox"/> mm	<input type="checkbox"/> スタンダード <input type="checkbox"/> mm	<input type="checkbox"/> スタンダード <input type="checkbox"/> mm	<input type="checkbox"/> スタンダード <input type="checkbox"/> 面	<input type="checkbox"/> スタンダード °
			⑥シャンファー幅	⑦傾斜角度	⑧カフ (傾斜)	⑨傾斜方向	⑩形状
		<input type="checkbox"/> エンゲージ <input type="checkbox"/> ノンエンゲージ	<input type="checkbox"/> スタンダード <input type="checkbox"/> mm	°	a: mm b: mm	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C (C: mm)
部位	システム	径タイプ	①フレア	②カフ	③高さ	④カット面	⑤テーパー
			<input type="checkbox"/> スタンダード <input type="checkbox"/> mm	<input type="checkbox"/> スタンダード <input type="checkbox"/> mm	<input type="checkbox"/> スタンダード <input type="checkbox"/> mm	<input type="checkbox"/> スタンダード <input type="checkbox"/> 面	<input type="checkbox"/> スタンダード °
			⑥シャンファー幅	⑦傾斜角度	⑧カフ (傾斜)	⑨傾斜方向	⑩形状
		<input type="checkbox"/> エンゲージ <input type="checkbox"/> ノンエンゲージ	<input type="checkbox"/> スタンダード <input type="checkbox"/> mm	°	a: mm b: mm	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C (C: mm)
部位	システム	径タイプ	①フレア	②カフ	③高さ	④カット面	⑤テーパー
			<input type="checkbox"/> スタンダード <input type="checkbox"/> mm	<input type="checkbox"/> スタンダード <input type="checkbox"/> mm	<input type="checkbox"/> スタンダード <input type="checkbox"/> mm	<input type="checkbox"/> スタンダード <input type="checkbox"/> 面	<input type="checkbox"/> スタンダード °
			⑥シャンファー幅	⑦傾斜角度	⑧カフ (傾斜)	⑨傾斜方向	⑩形状
		<input type="checkbox"/> エンゲージ <input type="checkbox"/> ノンエンゲージ	<input type="checkbox"/> スタンダード <input type="checkbox"/> mm	°	a: mm b: mm	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C (C: mm)

設計指示詳細

*⑦⑧⑨いずれかの項目を記入された場合、アングルドチタンベースのオーダーとなります。
項目の詳細につきましては別紙をご参照ください。

受託歯科技工所: Dental Technology Institute とちぎ (DTIとちぎ)
〒322-0251 栃木県鹿沼市野尻 113-6 HP: www.dti-cadcam.com

受託歯科技工所: S.P.D.L (S P Dental Laboratory) ミリングセンター

【別紙】

	<p>① フレア直径（プラットフォーム\leq①）</p>
	<p>② カフ高さ</p> <p>③ ベース高さ（②+③=最大 15mm）</p>
	<p>④ カット面の有無（無し / 1 面 / 2 面） 【スタンダード：2面】</p> <p>⑤ 軸面テーパ 【スタンダード：2°】</p> <p>⑥ シャンファー幅 【スタンダード：0.5mm 固定】</p>
	<p>⑦ ベース傾斜角度 ※⑨ 記入必須</p> <p>⑧ カフ（傾斜） ※⑨ a b 記入必須 ※② 設定の場合は記入不要</p>
<p>⑨</p>  <p>Certain 3.4</p>	<p>⑨ ベース傾斜方向 【A: 面に対して傾斜 / B: 角に対して傾斜】</p>
<p>⑩</p>  <p>A: レスカウントゥアー B: ストレート C: 混合</p>	<p>⑩ 歯肉貫通部の形状 【A: レスカウントゥアー / B: ストレート / C: 混合】 ※⑧を設定した場合、⑩はA 選択不可 ※Cの長さは1mm以上（Spline は 2mm 以上）に設定</p>