



技工指示書

① 歯科医院様控

※太枠内は必須項目です。

● 依頼日		● 納品希望日																																																																					
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。																																																																					
☐	☐	歯科医院名																																																																					
		歯科医師名																																																																					
		住所 〒																																																																					
TEL :		FAX :																																																																					
☐	☐	施設名																																																																					
		ご担当者 様																																																																					
		住所 〒																																																																					
TEL :		FAX :																																																																					
技工所名 Dental Technology Institute 担当																																																																							
住所 〒 130-0014 東京都墨田区亀沢4-9-4-101 TEL: 03-5610-3680 FAX: 03-5610-3681																																																																							
e-mail : info@dti-cadcam.com																																																																							
● 部位と設計 ☐ 単冠 ☐ 連冠																																																																							
<table><tbody><tr><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr><tr><td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td></td></tr><tr><td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td></td></tr><tr><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr></tbody></table>				☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	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		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐																																																							
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																																																								
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐																																																							
● IOS種類																																																																							
☐ iTero ☐ 3Shape ☐ セレック ☐ ヨシダ ☐ その他()																																																																							

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 コパルトクロム合金 認証番号 225AABZX00085000

受託歯科技工所:K.T.D.L.(KT Dental Laboratory)、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

● 技工物の種類	
天然歯	☐ ジルコニア クラウン 【 ☐ Lavaプラス ☐ Lavaエステティック ☐ emaxZrCAD 】 ☐ その他()
インプラント	☐ スクリーリテイン(チタンベース付ジルコニアクラウン) 【 ☐ Lavaプラス ☐ Lavaエステティック ☐ emaxZrCAD ☐ その他()】 ☐ セメントリテイン(カスタムアバットメント + ジルコニアクラウン) ・カスタム アバットメント【 ☐ ジルコニア ☐ チタン】 ・ジルコニア クラウン【 ☐ Lavaプラス ☐ Lavaエステティック ☐ emaxZrCAD】 ☐ カスタム アバットメント【 ☐ ジルコニア ☐ チタン】 ☐ その他()
その他	☐ レアリング/キャラクターライズ ☐ 3Dプリンター模型 (アナログ別)【 ☐ 片顎 ☐ 上下顎】 ☐ アバットメントトランスファージグ
● シェード 【 】	
● 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【 】	
● 部位【 】 インプラント【 】 サイズ【 】 エンコード規格番号【 】	
◎3i インプラントの場合、下記を必ずご記入ください。	
● スクリュー材料 ☐ チタン ☐ ゴールド(+2,600円)	
● スクリューヘッド ☐ ヘクスト ☐ スクエア (※エクスターナルのみ)	
● クイックシートコネクション ☐ あり ☐ なし (※サーテン・インターナルのみ)	
● 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()	
● 設計確認用メールアドレス: _____	
設計指示詳細	