

*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 (☐ 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			
		*住所 〒							
		*TEL				FAX			
☐	☐	*技工所名				*担当者名			
		*住所 〒							
		*TEL				FAX			
*設計確認(連絡)用メールアドレス:									

*歯番部部位表(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)

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
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)

①チタンカスタムベース【チタン合金】(スクリュー付属) ☐ チタンカスタムベース 【 ☐ エンゲージ ☐ ノンエンゲージ】 Certainインプラント: クイックシート ☐ あり ☐ なし TSV/TSXインプラント: フリクションフィット ☐ あり ☐ なし ※未記入の場合クイックシートは「あり」、フリクションフィットは「なし」で製作いたします。 ☐ チタンカスタムベース用リテイニングスクリュー単品 【チタン合金】 ※別表(チタンカスタムベース記号表)より該当インプラント種類の記号を、歯番部位表にご記入ください。	②インプラントブリッジ(スクリュー付属) ノンエンゲージのみ対応 ☐ ユニバーサル インプラントブリッジ(ブリッジタイプ) 【 ☐ チタン合金 ☐ コバルトクロム合金】 ☐ ユニバーサル インプラントブリッジ(バータイプ)【チタン合金】 【 ☐ ドルダーパーU型: ☐ マクロ ☐ マイクロ】 【 ☐ ラウンドバー: φ1.9】 ☐ インプラントブリッジ用 リテイニングスクリュー 単品【チタン合金】 ※別表(インプラントブリッジ記号表)より該当インプラント種類の記号を、歯番部位表にご記入ください。
③ユニバーサルベース ☐ ユニバーサル アバットメント【チタン合金】 ※別表(ユニバーサルベース発注番号)より該当インプラント種類・サイズ・カフ長の記号を、歯番部位表にご記入ください。	④その他コンポーネント ☐ 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】 【スクリュー ☐ URS1.25 ☐ URS1.22 ☐ ユニグリップ】 ☐ ユニバーサル コンフォートキャップ【チタン合金】

*送付物 ☐ 模型 個 ☐ レジンパター 本 ☐ スクリュー 本 ☐ その他 ()

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)

承認番号 222AIBZX00037000

純チタン 承認番号 222AIBZX00036000

コバルトクロム合金 承認番号 225AABZX00085000