**K-4** DTI

# インプラントコンシェルジュ　技工指示書

＊は必須項目です

**email : info.ic@zimvie.com**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ＊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 | E-mail | | |
| □ | □ | ＊施設名 | ＊担当者名　様 | | |
| | | ＊住所 〒 | | | |
| | | ＊ TEL | E-mail | | |

＊ 部位と設計　【発注内容に応じて、□ の欄に☑を付けてください。】

**制作物を選択してください。**

| | | |
|---|---|---|
| **ICEU-ITP1-SA** | **ICEU-ITP2-SA** | **ICEU-ITP3-SA** |
| □ データセットアッププラン (1 Imp) | □ データセットアッププラン (2 Imp) | □ データセットアッププラン (3 Imp 以上 ) |
| **ICEU-VIP1-SA** | **ICEU-VIP2-SA** | **ICEU-VIP3-SA** |
| □ VIP セッション (1 Imp) | □ VIP セッション (2 Imp) | □ VIP セッション (3 Imp 以上 ) |
| **ICEU-GDES-I1** | **ICEU-GDES-I2** | **ICEU-GDES-I3** |
| □ サージカルガイドデザインのみ (1Imp) | □ サージカルガイドデザインのみ (2Imp) | □ サージカルガイドデザインのみ (3Imp 以上 ) |
| **ICEU-GDPRNT-I1** | **ICEU-GDPRNT-I2** | **ICEU-GDPRNT-I3** |
| □ サージカルガイド プリント＆スリーブ (1Imp) | □ サージカルガイド プリント＆スリーブ (2Imp) | □ サージカルガイド プリント＆スリーブ (3Imp) |
| **IC-GDPRNT-I1** | **IC-GDPRNT-I2** | **IC-GDPRNT-I3** |
| □ サージカルガイドプリントのみ (1Imp) | □ サージカルガイドプリントのみ (2Imp) | □ サージカルガイドプリントのみ (3Imp 以上 ) |
| **IC-FCSRC-PR** | **IC-PROVDES-SA** | **IC-SIDESLV** |
| □ フルカントゥアースクリュー固定式クラウン プリント & 完成 | □ プロビジョナル デザイン | □ サイドエントリースリーブ |

【埋入予定】

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| □ 18 | □ 17 | □ 16 | □ 15 | □ 14 | □ 13 | □ 12 | □ 11 | | □ 21 | □ 22 | □ 23 | □ 24 | □ 25 | □ 26 | □ 27 | □ 28 |
| □ 48 | □ 47 | □ 46 | □ 45 | □ 44 | □ 43 | □ 42 | □ 41 | | □ 31 | □ 32 | □ 33 | □ 34 | □ 35 | □ 36 | □ 37 | □ 38 |

※データセットアップ：DICOM データ、石膏模型／ IOS データ／デュアルスキャンのデータをマッチング
※デュアルスキャン：多数歯欠損や金属補綴物がある場合において、CBCT で顎骨と補綴物のデジタルデータを別々にスキャンし、それらをマッチングすることで正確な 3D データを作成する撮影方法です。

＊ データセットアップ詳細

| インプラントの種類 | | | 使用するガイドキット |
|---|---|---|---|
| 部位 | メーカー | システム | |
| | | | □ Biomet 3i Navigator Tapered Guided Kit |
| | | | □ Biomet 3i Navigator Parallel Walled Guided Kit |
| | | | □ Zimmer Tube Adapter Kit |
| | | | □ Spline Surgical Guide Drill Kit |
| | | | □ その他 (　) |

即時荷重：□ 有　□ 無
ガイドの支持種類　：【 □ 歯牙支持　□ 粘膜支持　□ 骨支持　】【 □ アンカーピン使用　】
骨造成　：□ GBR　□ ソケットリフト　□ サイナスリフト　□ ボーングラフト
プロビジョナル　：□ 要　□ 不要

フラップレス手術：□ 有　□ 無
修復タイプ：□ スクリュー固定式　□ セメント固定式
バーチャルワックスアップ：□ 要　□ 不要
※埋入予定部位のバーチャルワックスアップはデータセットアップ料金に含まれます

設計指示詳細

上記設計内容は歯科医師がインプラントの位置を検討し、決定した指示内容と一致していることを確認済みです。
本ガイドは歯科医師の指示に基づき設計・作成されたものであることを確認しました。手術の最終判断は、当該指示を出した歯科医師の責任において行われるものとします。

ご発注について
※歯科技工士は歯科医師の指示に基づいて歯科技工を行うこととされているため（歯科技工士法第 18 条)、本技工物は歯科医師が発行する歯科技工指示書に基づき製作いたします。
※歯科医師は必要事項を記載した歯科技工指示書を作成のうえ、歯科技工士へお渡しください。(歯科技工士法第 19 条の 2)
※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。

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

品質管理基準書に基づく　DTI 0164