T-9

技工指示書

email：sgco@dti-stargate.co.jp
FAX：0120-418-321

＊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　　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：			

＊歯番部部位表（インプラント埋入部位の歯番に〇を付け、□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。

□コアファイル
□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】
【□ドルダーバー U 型：□マクロ　□マイクロ】
【□ラウンドバー：φ1.9】

□コアファイル
□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】
□スクリュー 3mm（コニカルアバットメント用）
□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 ーン　　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

受託歯科技工所：Dental Technology Institute とちぎ（DTIとちぎ）　　歯科技工所番号：09-62-05029
〒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