

*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 :										

設計 【☐単冠 or ☐連冠】【*☐ファイナル ☐データのみ ☐ジルコニア ミリング加工のみ ☐その他(詳細は下記記載)】

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8	7	6	5	4	3	2	1
8	7	6	5	4	3	2	1
☐	☐	☒	☐	☐	☐	☐	☐

*技工物種類 (☐の欄に☒を付けてください)	*☐インプラント（①、②、③へ） or ☐天然歯（③へ）
① インプラント ☐チタンベース付ジルコニアクラウン【スクリーリテインのみ】 ☐チタンカスタムベース + ジルコニアクラウン ☐スクリーリテイン ☐セメントリテイン】 ☐チタンカスタムベースのみ（チタン のみ） ☐その他（ ）	② Certain Internal、External Hex インプラントの場合、下記を必ずご記入ください ☐Certain Internal ・スクリュー材料 : ☐チタン ☐ゴールド (+ 2,300 円) ・クイックシートコネクション: ☐あり ☐なし ☐External Hex ・スクリュー材料 : ☐チタン ☐ゴールド (+ 2,300 円) ・スクリューヘッド: ☐ヘクスト ☐スクエア
③ マテリアル選択及びシェード ジルコニア: ☐Nacera ☐A1 ☐A2 ☐A3 ☐A3.5 ☐A4 ☐B2 ☐C2 ☐D2 】 ☐3DPro ☐A1 ☐A2 ☐A3 ☐A3.5 ☐Bleach 】 PMMA: ☐ピュア 【 ☐A2 ☐A3 】	④ その他 ☐3D プリンター模型 【☐上下顎 ☐片顎（☐上顎 ☐下顎）】 【☐アナログを模型に装着して納品 ☐アナログ不要 ※ Zimvie 製品 (DTI 製品) のみ対応】 ☐アパットメントトランスファージグ ☐ベリフィケーションインデックス

※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（		）
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【		】							

設計指示詳細

※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) 認証番号 222AIBZX00037000
純チタン 認証番号 222AIBZX00036000
コバルトクロム合金 認証番号 225AABZX00085000

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

歯科技工所番号：13-67-00012

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

品質管理基準書に基づく DTI 0098