

\*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 ( <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 ) 年齢 ( 才 )										
*請求先	*納品先	<input type="checkbox"/> の欄に <input checked="" type="checkbox"/> を付けてください。(請求先に <input checked="" type="checkbox"/> が無い場合は、技工所様への請求とさせていただきます)								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	*歯科医院名				*歯科医師名				様
*住所 〒										
*TEL					FAX					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	*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:										

\*歯番号部位表 (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)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\* 技工物種類 (□の欄にを付けてください)

<b>①チタンカスタムベース【チタン合金】(スクリュー付属)</b> <input type="checkbox"/> チタンカスタムベース 【 <input type="checkbox"/> エンゲージ <input type="checkbox"/> ノンエンゲージ】 Certainインプラント:クイックシート <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし TSV/TSXインプラント:フリクションフィット <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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。 ※TSV5.7はフリクションフィット未対応(準備中)です。 <input type="checkbox"/> 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、 歯番号部位表にご記入ください。	<b>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</b> <input type="checkbox"/> ユニバーサルインプラントブリッジ(ブリッジタイプ) 【 <input type="checkbox"/> チタン合金 <input type="checkbox"/> コバルトクロム合金】 <input type="checkbox"/> 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】 【 <input type="checkbox"/> ドルダーバーU型: <input type="checkbox"/> マクロ <input type="checkbox"/> マイクロ】 【 <input type="checkbox"/> ラウンドバー: φ1.9】 <input type="checkbox"/> 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 番号部位表にご記入ください。
<b>③ユニバーサルベース</b> <input type="checkbox"/> 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、歯番号部位表にご記入ください。 ※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。	<b>④その他コンポーネント</b> <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> URS1.25 <input type="checkbox"/> URS1.22 <input type="checkbox"/> ユニグリッパ】 <input type="checkbox"/> 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