



技工指示書

※太枠内は必須項目です。

歯科医院様控

● 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	<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 担当 様							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	住所 〒							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TEL:				FAX:			
技工所名									
担当 様									
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	住所 〒							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TEL:				FAX:			
● 部位と設計 <input type="checkbox"/> 単冠 <input type="checkbox"/> 連冠									
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				
設計指示詳細									

● 技工物の種類・シェード (<input type="checkbox"/> の欄に <input checked="" type="checkbox"/> を付けてください。シェードは○で囲んでください。)	
<input type="checkbox"/> ジルコニア	<input type="checkbox"/> Lava プラス(オールジルコニア) 【 W0 W1 W3 A1 A2 A3 A3.5 B2 】 <input type="checkbox"/> Lava エステティック(グラデーション) 【 Bleach A1 A2 A3 A3.5 B1 C1 D2 】 <input type="checkbox"/> e.max ZirCAD (MTマルチ) 【 A1 A2 A3 B1 B2 C2 D2 】
<input type="checkbox"/> ジルコニアアベース (チタンベース付・スクリュー付属)	<input type="checkbox"/> e.max ZirCAD (Prime) 【 BL2 A1 A2 A3 A3.5 A4 B1 C1 】 <input type="checkbox"/> Nacera Pearl Natural 【 A1 A2 A3 A3.5 B2 C2 D2 】 インプラントの種類 ※対応システムにつきましてはHPよりご確認ください。 【 システム: プラットフォーム: 】
<input type="checkbox"/> 保険適用CAD/CAM冠	<input type="checkbox"/> KULZER : dima H BLANK PLUS (Class I) 【 LT (低透過性) A1 A2 A3 A3.5 】 【 HT (高透過性) A1 A2 A3 B1 】 <input type="checkbox"/> YAMAKIN : KZR-CAD HR2 BG (Class II) 【 A2 A3 A3.5 A4 】 <input type="checkbox"/> YAMAKIN : KZR-CAD HR3 ガンマシータ (Class III) 【 A2 A3 A3.5 】 <input type="checkbox"/> YAMAKIN : KZR-CAD HR4 イーパ (Class IV) 【 A1 A2 A3 A3.5 A4 】
● オプション(別料金)に <input checked="" type="checkbox"/> を付けてください。	
<input type="checkbox"/> マージンアジャスト(1歯) ¥2,000 ※ 通常はマージンの調整をしていない状態での納品となります。 ※ マージンアジャストはフレームのみです。最終補綴形態・アバットメントは、お客様にてお願いします。	
<input type="checkbox"/> デジタルデザイン アバットメントデザイン(1歯) ¥3,000 クラウンデザイン(1歯) ¥5,000 ※ ワックスアップをご用意していただけますと費用はかかりません。	
注) コンタクト・粘膜面の調整、研磨、セメント合着は、お客様にてお願いします。	

受託歯科技工所(模型送付先): Dental Technology Institute (DTI東京)

住所: 〒130-0014 東京都墨田区亀沢4-9-4-101

TEL: 03-5610-3680 FAX: 03-5610-3681 e-mail: info@dti-cadcam.com

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

品質管理基準書に基づく