



メゾブロック用 チタンベース技工指示書

FAX : 03-5610-3681

太枠内は必須項目です

● ご依頼日 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、納品先に請求させていただきます)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	歯科医院名	担当 様
		住所 〒	
		TEL :	FAX :
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	技工所名	担当 様
		住所 〒	
		TEL :	FAX :

● 部位 (インプラント埋入部位に○を付け、□の中にプラットフォームの径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
□ □ □ □ □ □ □ □	□ □ □ □ □ □ □ □

記入例 :

□ □ □ □ □ □ □ □	□ □ □ □ □ □ □ □
8 7 ⑥ 5 4 ③ 2 1	1 ② 3 4 5 ⑥ 7 8

ご注文について

- ※ 当日発送受付時間：月～金曜日9:00～16:00、土曜日9:00～15:00(日・祝日を除く)
- ※ 注文受付時間内のご注文は当日発送いたします。時間外のご注文は翌営業日の発送となります。
- ※ 納期に関しましては、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。
- ※ 返品および交換はできません。

受託歯科技工所 1 : Dental Technology Institute (DTI東京) 〒130-0014 東京都墨田区亀沢4-9-4-101
 TEL : 03-5610-3680 FAX : 03-5610-3681 e-mail : dti@hakuho-d.com
 受託歯科技工所 2 : S.P.D.L (S P Dental Laboratory) ミリングセンター
 受託歯科技工所 3 : P.D.L (P Dental Laboratory) ミリングセンター

● 設計 (□の欄に✓印をお付けください)

【技工物:チタンベース メゾブロック用/金属材料:チタン合金 TI-6AL-4V(64チタン) 承認番号 222AIBZX00037000】

メーカー	システム	プラットフォーム	スキャンボディ	設計		
BIOHORIZONS	Internal	<input type="checkbox"/> 3.5	L	BH 3.5		
		<input type="checkbox"/> 4.5	L	BH 4.5		
		<input type="checkbox"/> 5.7	L	BH 5.7		
camlog	camlog	<input type="checkbox"/> 3.8	S			
		<input type="checkbox"/> 4.3	S			
		<input type="checkbox"/> 5.0	L			
DENTSPLY	ASTRA TECH OsseoSpeed	<input type="checkbox"/> Aqua 3.5 / 4.0	L	AT OS 3.5 / 4.0		
		<input type="checkbox"/> Lilac 4.5 / 5.0	L	AT OS 4.5 / 5.0		
	ASTRA TECH EV	<input type="checkbox"/> 3.6	S	AT EV 3.6		
		<input type="checkbox"/> 4.2	L	AT EV 4.2		
		<input type="checkbox"/> 4.8	L	AT EV 4.8		
		<input type="checkbox"/> 5.4	L	AT EV 5.4		
		Nobel Biocare	Nobel Active	<input type="checkbox"/> NP	L	NB A 4.5
				<input type="checkbox"/> RP	L	NB A 5.0
straumann	Branemark	<input type="checkbox"/> RP	L	NB B 4.1		
		Bone Level	<input type="checkbox"/> RC4.1/4.8	L	S BL 4.1	
	Tissue Level		<input type="checkbox"/> RN4.8	L	S SO 4.8	
Zimmer Biomet	Spline	<input type="checkbox"/> 3.25	L	Z TSV 3.5		
		<input type="checkbox"/> 3.75 / 4.0	L	Z TSV 3.5		
	Tapered Screw-Vent & Screw-Vent	<input type="checkbox"/> 3.5	L	Z TSV 3.5		
		<input type="checkbox"/> 4.5	L	Z TSV 4.5		
		<input type="checkbox"/> 5.7	L	Z TSV 5.7		

※Splineを設計する際は、インプラントタイプ[Z TSV 3.5]を選択してください。

設計指示詳細