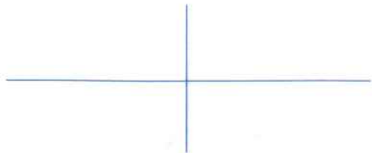



＜歯科架工指示書＞

貴院名				担当医	納品日は当社配送時間以前のセット物は前日診療日をご記入下さい。 土・日・祭日は制作日数には入りません。		
				発注	月 日		
患者名	フリガナ	様			男	納品日	月 日
					女		才
往診	フレーム試適・ワックス試適・完成・単独・連結			※コア付・6歯以上・義歯との複合など特殊な場合は制作日数加算に成りますので事前に担当者ご確認ください			
 ノッチ希望 レストシート希望・M・D・グループ				日数	[スクリューリテイン] フルジルコニアCr 純チタンMB ジルコニアポーセレン・純チタンCr		
				10日以上	[カスタムアバットメント] ジルコニア・純チタン		
前装部位	フルベイクタイプ	ベニアタイプ	シールド	8日	ジルコニアポーセレン連結・Br		
				7日	ジルコニアポーセレン単冠		
インプラントメーカー () システム・サイズ () 後日ノンクラスプ予定・義歯予定				6日	フルジルコニアCr・Br MB連結・Br ハイブリット連結・Br	[MB金属] プレシャス セミプレシャス 純チタン ノンプレシャス	
					[E-max]・クラウン ラミネート・インレー		[貴金属] PGA G(K) UG(50%G) Pd・Ag ノンプレシャス
				5日	MB単冠 ハイブリット単冠 HR連結・Br	[預かり金属] Pd・Ag	
				4日	HR単冠 保険CAD/CAM冠 (ハイブリット)・ジャケット ラミネート・インレー ブリッジ・継続歯	[持込金属] ()	
				3日	クラウン HJK インレー CRインレー コア・支台 UDS-SK	()	
担当者印	ワックスアップ	フェーシング	CAD/CAM	ダミー	リッチラップ 船底形	自浄形 歯冠形	