

カスタムアバットメント スキャン&デザインプラン 技工指示書

ご依頼日 年 月 日

←納期カレンダーをご希望の方は
を入れて下さい。

ガム付インプラント分割模型(※)
 シリコンバイト(※) レジンアップ・ワックスアップ
 対合歯模型 その他()

CAD/CAMスキャン用ワックス、又は
ガムをご使用の場合はを入れて下さい。

歯科医院名		担当者名		<input type="checkbox"/> 歯科医師
歯科技工所				<input type="checkbox"/> 歯科技工士

住所 〒

電話 FAX

E-mail ※必須 ※記載のない場合は当センターのデザインで製作することを了承いたします。
※ (チェック欄にをお願い致します)

患者様名 ※カタカナ表記で
お願いします (男 ・ 女)

プラン **Ti-CASキャン&デザインプラン** (模型を送って頂くプラン) **価格16,000円(税抜/1歯)**
 ※ワックスアップまたはレジンアップを添付していただいた場合は、1歯/1,000円(税別)をお値引きさせていただきます。
 提携の韓国ミリングセンターでの加工のため、模型到着後4営業日で発送(確認修正により遅れる場合があります)
 土、日、祝日を除く営業日になります。カスタムアバットメント専用の納期カレンダーをご参考下さい。http://3d-design-lab.com/

ご使用のシステムのサイズをチェックして下さい。複数歯の場合は歯式表にシステム、サイズ等の情報をご記入下さい。

Nobel Biocare <input checked="" type="radio"/> (A) Branemark <input type="checkbox"/> NP <input type="checkbox"/> RP <input type="checkbox"/> WP <input checked="" type="radio"/> (B) Replace <input type="checkbox"/> NP <input type="checkbox"/> RP <input type="checkbox"/> WP <input type="checkbox"/> 6.0 <input checked="" type="radio"/> (C) Active <input type="checkbox"/> NP <input type="checkbox"/> RP	Zimmer <input checked="" type="radio"/> (K) Spline <input type="checkbox"/> 3.25 <input type="checkbox"/> 3.75 <input type="checkbox"/> 5.0 <input checked="" type="radio"/> (L) Screw Vent <input type="checkbox"/> 3.5 <input type="checkbox"/> 4.5 <input type="checkbox"/> 5.7 注1 Zimmer Splineは上記料金において各プラン1歯1,000円加算
BIOMET 3i <input checked="" type="radio"/> (D) External <input type="checkbox"/> 3.4 <input type="checkbox"/> 4.1 <input type="checkbox"/> 5.0 <input checked="" type="radio"/> (E) Certain <input type="checkbox"/> 3.4 <input type="checkbox"/> 4.1 <input type="checkbox"/> 5.0 <input type="checkbox"/> 6.0	BIOHORIZONS <input checked="" type="radio"/> (M) Internal <input type="checkbox"/> 3.5 <input type="checkbox"/> 4.5 <input type="checkbox"/> 5.7
Dentsply <input checked="" type="radio"/> (F) ASTRATECH OsseoSpeed <input type="checkbox"/> 3.0 <input type="checkbox"/> 3.5/4.0 <input type="checkbox"/> 4.5/5.0 <input checked="" type="radio"/> (G) ASTRATECH EV <input type="checkbox"/> 3.0 <input type="checkbox"/> 3.6 <input type="checkbox"/> 4.2 <input type="checkbox"/> 4.8 <input type="checkbox"/> 5.4 <input checked="" type="radio"/> (H) Xive <input type="checkbox"/> 3.0 <input type="checkbox"/> 3.4 <input type="checkbox"/> 3.8 <input type="checkbox"/> 4.5 <input type="checkbox"/> 5.5	Camlog <input checked="" type="radio"/> (N) Kシリーズ <input type="checkbox"/> 3.3 <input type="checkbox"/> 3.8 <input type="checkbox"/> 4.3 <input type="checkbox"/> 5.0 京セラメディカル <input checked="" type="radio"/> (O) POI EX <input type="checkbox"/> 3.7 <input type="checkbox"/> 4.2 <input type="checkbox"/> 4.7 <input type="checkbox"/> 5.2
Straumann <input checked="" type="radio"/> (I) BoneLevel <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> RC <input checked="" type="radio"/> (J) TissueLevel <input type="checkbox"/> RN <input type="checkbox"/> WN	Osstem <input checked="" type="radio"/> (P) TSシリーズ <input type="checkbox"/> 3.5 <input type="checkbox"/> 4.0/7.0

<table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr> </table>									8	7	6	5	4	3	2	1	<table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td></tr> </table>									1	2	3	4	5	6	7	8	使用サイズ システム番号 (A~P)
8	7	6	5	4	3	2	1																											
1	2	3	4	5	6	7	8																											
<table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr> </table>									8	7	6	5	4	3	2	1	<table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td></tr> </table>									1	2	3	4	5	6	7	8	使用サイズ システム番号 (A~P)
8	7	6	5	4	3	2	1																											
1	2	3	4	5	6	7	8																											

※スキャン&デザインプラン(模型を送って頂くプラン)では製作前にPCメールによる確認用3DPDFデータファイルをお送りいたします。
 必ずPC用メールアドレスをご用意下さい。ご用意のない場合は当社により任意のデザインで進めますのでご了承下さい。
 ※3DPDFデータファイル送信後に形態修正・変更のある場合は送信後2時間以内にご連絡下さい。(送信時に電話にてご連絡させていただきます。)
 ご連絡のない場合は自動的にご了承頂いたものとして作業にかかりますのであらかじめご了承下さい。
 ※デザイン・形態によってはシステム上、ご希望通りに製作できない場合がございます。できるかぎり近似するよう製作させていただきますので
 あらかじめご了承下さい。製作上の注意点は当社ホームページをご覧ください。http://3d-design-lab.com/
 ※製作においては、すべての工程で歯科医師承認のもと依頼を行って下さい。

その他・ご要望