

3D Design Lab

ガラスセラミックス系 技工指示書

送信枚数 /

ご依頼日 年 月 日

歯科医院名 歯科技工所		担当者名		<input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 歯科技工士						
住所	〒									
電話		FAX		E-mail						
患者様名	※カタカナ表記で お願いします		(<input type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女)							
納品希望日	年	月	日	曜日 (<input type="checkbox"/> AM ・ <input type="checkbox"/> PM ・ <input type="checkbox"/> 全日) 必着						
プラン	フルデータプラン									
依頼制作物	<input type="checkbox"/> ① カットバッククラウン <input type="checkbox"/> ② フルクラウン ※ヘミセクションの場合（近心根、遠心根）であってもそれぞれ1歯としてみなします。									
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">8 7 6 5 4 3 2 1</td> <td style="border-left: 1px solid black; text-align: center;">1 2 3 4 5 6 7 8</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> 単冠</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">8 7 6 5 4 3 2 1</td> <td style="border-left: 1px solid black; text-align: center;">1 2 3 4 5 6 7 8</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> 連冠</td> </tr> </table>					8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	<input type="checkbox"/> 単冠	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	<input type="checkbox"/> 連冠
8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	<input type="checkbox"/> 単冠								
8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	<input type="checkbox"/> 連冠								
※フルデータプランのお客様へ ブリッジの場合は支台歯、ポンティック共にチェックを入れて下さい。 尚、連冠・単冠など複数ケースがある場合は「その他・ご要望欄」に詳しくお書きください。										
使用ブロック			BLOCK LOT : _____							
IPS e.max CAD (Ivoclar Vivadent) HT14 (高透過性) シェード <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> A3 LT14 (低透過性) シェード <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> A3 LTB32 [連結冠用] シェード <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> A3			ビタ スプリニティ (VITA) トランスルーセント シェード <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> A3 ハイトランスルーセント シェード <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> A3							
リムーバブルノブ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (ご指定位置がありましたら、部位をその他・ご要望欄にご記入ください。追加料金なし)										
その他・ご要望										