

チタンベース付

ジルコニア2ピースアバットメント/2ピースクラウン&ブリッジ 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
お預かり品 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スキャニング用ワックス、又はガムをご使用の場合はを入れて下さい。

歯科医院名 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 ※必須		

患者様名 **※カタカナ表記で
お願いします** (男 ・ 女)

プラン	<input type="checkbox"/> ワックスWスキャン Aプラン (メーカーのテンポラリーアバットメントにワックスアップ付で送って頂くプラン) 価格 12,500円 (税抜/1歯) ※ボンテック部の製作は、1歯6,000円(税抜)になります。	<input type="checkbox"/> ワックスWスキャン Bプラン (歯科医師指定の既成チタンベースにワックス付で 送って頂き、そのチタンベースを利用するプラン) 価格 6,000円 (税抜/1歯)
	※納期について…加工模型到着後、Aプランは提携の韓国ミリングセンターで加工→中3営業日で発送、Bプランは弊社での加工→中2営業日で発送いたします。 日曜、祝日を除く営業日になります。専用の納期カレンダーをご参考下さい。 http://3d-design-lab.com/	

シェード

ホワイト B2 HTLホワイト HTL Light HTL Medium HTL Intense
 UTホワイト UT-A0.5 UT-A1 UT-A2 UT-A3 UT-A3.5
 A-Light★ A-Medium★ A2★ A3★ A3.5★ DISC LOT:

※★を選択された場合は500円(税抜)/1歯が追加となります。
 超透過性[UT-A0.5、A1、A2、A3、A3.5]をご注文時の注意
 ※ジルコニアの特性で約20%程度収縮することから補綴物の歯冠長に制限があります。
 UT-A0.5、A1、A2を選択…ディスク厚の最大が22mm厚→16mm以内の単冠、ブリッジの製作が対象
 UT-A3、3.5を選択…ディスク厚の最大が18mm厚→14mm以内の単冠、ブリッジの製作が対象
 ※★を選択された場合は、グラデーションディスクのため歯冠の長さによっては色調が異なる場合が
 ございますが、色調による再製作については行っておりませんので予めご了承お願い致します。

Aプランの製作依頼の場合は、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 <input type="radio"/> (D) MULTI-UNIT <input type="checkbox"/> RP <input type="checkbox"/> WP	Zimmer <input checked="" type="radio"/> (L) Spline★ <input type="checkbox"/> 3.75 <input type="checkbox"/> 5.0 <input checked="" type="radio"/> (M) 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"/> (E) External <input type="checkbox"/> 3.4 <input type="checkbox"/> 4.1 <input type="checkbox"/> 5.0 <input checked="" type="radio"/> (F) 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"/> (N) Internal <input type="checkbox"/> 3.5 <input type="checkbox"/> 4.5 <input type="checkbox"/> 5.7
Dentsply <input checked="" type="radio"/> (G) ASTRATECH OsseoSpeed <input type="checkbox"/> 3.0 <input type="checkbox"/> 3.5/4.0 <input type="checkbox"/> 4.5/5.0 <input type="radio"/> (H) ASTRATECH UNIABUTMENT <input type="checkbox"/> 20° <input type="checkbox"/> 45° <input checked="" type="radio"/> (I) 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"/> (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"/> (P) POI EX <input type="checkbox"/> 3.7 <input type="checkbox"/> 4.2 <input type="checkbox"/> 4.7 <input type="checkbox"/> 5.2 Osstem <input checked="" type="radio"/> (Q) TSシリーズ <input type="checkbox"/> 3.5 <input type="checkbox"/> 4.0/7.0 ★はブリッジケースには対応いたしていません。
Straumann <input checked="" type="radio"/> (J) BoneLevel <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> RC <input checked="" type="radio"/> (K) TissueLevel <input type="checkbox"/> RN <input type="checkbox"/> WN	

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

※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頂きます。ご了承下さい。
※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。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/>

その他・ご要望