

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。

お預かり品 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		

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) ※ポンティック部の製作は、1歯6,000円(税抜)になります。 ※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/	<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)
-----	--	--

ディスクメーカー	ディスクの仕様	シェード
METOXIT METOXIT アダマンド アダマンド アダマンド Vatech Vatech	ノーマル 高透過性(ハイトランス) エステティックハード 超透過性(ウルトランス) グラデーション グラデーション グラデーション	<input type="checkbox"/> ホワイト <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> HTLホワイト <input type="checkbox"/> A0.5 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> A3 <input type="checkbox"/> A3.5 <input type="checkbox"/> UTホワイト <input type="checkbox"/> UT-A0.5 <input type="checkbox"/> UT-A1 <input type="checkbox"/> UT-A2 <input type="checkbox"/> UT-A3 <input type="checkbox"/> UT-A3.5 <input type="checkbox"/> A-Light★ <input type="checkbox"/> A-Medium★ <input type="checkbox"/> A2★ <input type="checkbox"/> A3★ <input type="checkbox"/> A3.5★ Perfit ZR TS-ML <input type="checkbox"/> A1★ <input type="checkbox"/> A2★ <input type="checkbox"/> A3★ <input type="checkbox"/> A3.5★ <input type="checkbox"/> A4★ Perfit ZR ST-ML <input type="checkbox"/> A1★ <input type="checkbox"/> A2★ <input type="checkbox"/> A3★ <input type="checkbox"/> A3.5★ <input type="checkbox"/> A4★

※★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。 DISC LOT: _____
 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="checkbox"/> Branemark <input type="checkbox"/> NP <input type="checkbox"/> RP <input type="checkbox"/> WP <input checked="" type="checkbox"/> Replace <input type="checkbox"/> NP <input type="checkbox"/> RP <input type="checkbox"/> WP <input type="checkbox"/> 6.0 <input checked="" type="checkbox"/> Active <input type="checkbox"/> NP <input type="checkbox"/> RP <input checked="" type="checkbox"/> MULTI-UNIT <input type="checkbox"/> RP <input type="checkbox"/> WP	Zimmer <input checked="" type="checkbox"/> Spline★ <input type="checkbox"/> 3.75 <input type="checkbox"/> 5.0 <input checked="" type="checkbox"/> 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="checkbox"/> External <input type="checkbox"/> 3.4 <input type="checkbox"/> 4.1 <input type="checkbox"/> 5.0 <input checked="" type="checkbox"/> 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="checkbox"/> Internal <input type="checkbox"/> 3.5 <input type="checkbox"/> 4.5 <input type="checkbox"/> 5.7
Dentsply <input checked="" type="checkbox"/> ASTRATECH OsseoSpeed <input type="checkbox"/> 3.0 <input type="checkbox"/> 3.5/4.0 <input type="checkbox"/> 4.5/5.0 <input checked="" type="checkbox"/> ASTRATECH UNIABUTMENT <input type="checkbox"/> 20° <input type="checkbox"/> 45° <input checked="" type="checkbox"/> 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="checkbox"/> 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="checkbox"/> 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
Straumann <input checked="" type="checkbox"/> BoneLevel <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> RC <input checked="" type="checkbox"/> TissueLevel <input type="checkbox"/> RN <input type="checkbox"/> WN <input checked="" type="checkbox"/> BLX <input type="checkbox"/> RB <input type="checkbox"/> WB	京セラメディカル <input checked="" type="checkbox"/> POI EX <input type="checkbox"/> 3.7 <input type="checkbox"/> 4.2 <input type="checkbox"/> 4.7 <input type="checkbox"/> 5.2 <input checked="" type="checkbox"/> FINESIA BoneLevel <input type="checkbox"/> RP
	Osstem <input checked="" type="checkbox"/> TSシリーズ <input type="checkbox"/> 3.5 <input type="checkbox"/> 4.0/7.0
	DIO <input checked="" type="checkbox"/> Uf II Megagen <input type="checkbox"/> Anyridge Dentium <input checked="" type="checkbox"/> Superline

★はブリッジケースには対応いたしておりません。

<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><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><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><td> </td><td> </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><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><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><td> </td><td> </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 (ア~エ)
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><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><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><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																					システム番号 (ア~エ) 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いただきます。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

