

# TRU ABUTMENT 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( )

歯科医院名 \_\_\_\_\_ 担当者名 \_\_\_\_\_  歯科医師  
 歯科技工所名 \_\_\_\_\_  歯科技工士

住所 〒 \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_ ※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。  
 ※必須  (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 )

依頼製作物  
 アングル スクリュー チャンネル アバットメント 21,500円(税抜/1歯)  
 スクリュー リテイン モノリシック チタンクラウン 20,500円(税抜/1歯)  
 ALL-on-T 21,500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/1,500円(税抜)をお値引きさせていただきます。  
 提携の米国ミリングセンターでの加工のため、模型到着後6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"/> Active <input type="checkbox"/> NP <input type="checkbox"/> RP <input type="checkbox"/> WP ★ <input checked="" type="radio"/> Replace <input type="checkbox"/> NP <input type="checkbox"/> RP <input type="checkbox"/> WP	Zimmer Dental <input checked="" type="radio"/> Screw Vent <input type="checkbox"/> 3.5 <input type="checkbox"/> 4.5 <input type="checkbox"/> 5.7
BIOMET 3i <input checked="" type="radio"/> Certain <input type="checkbox"/> 3.4 <input type="checkbox"/> 4.1 <input type="checkbox"/> 5.0	Camlog ☆ <input checked="" type="radio"/> Camlog <input type="checkbox"/> 3.3 <input type="checkbox"/> 3.8 <input type="checkbox"/> 4.3 <input type="checkbox"/> 5.0
Dentsply <input checked="" type="radio"/> ASTRATECH TX <input type="checkbox"/> 3.0 <input type="checkbox"/> 3.5/4.0 <input type="checkbox"/> 4.5/5.0 ☆ <input checked="" type="radio"/> 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	Conelog ☆ <input checked="" type="radio"/> Conelog <input type="checkbox"/> 3.3 <input type="checkbox"/> 3.8 <input type="checkbox"/> 4.3 <input type="checkbox"/> 5.0
Straumann <input checked="" type="radio"/> BoneLevel <input type="checkbox"/> ☆SC <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> RC ★ <input checked="" type="radio"/> TissueLevel <input type="checkbox"/> RN <input type="checkbox"/> WN ☆ <input checked="" type="radio"/> BLX <input type="checkbox"/> RB <input type="checkbox"/> WB	Hiossen ※HiossenはOsstem、Dioに互換性があります。 <input checked="" type="radio"/> ET <input type="checkbox"/> Mini <input type="checkbox"/> Regular
Neoss ☆ <input checked="" type="radio"/> ProActive <input type="checkbox"/> 3.25 <input type="checkbox"/> 3.5-5.5	Dentium <input checked="" type="radio"/> Super Line <input type="checkbox"/> Regular
	Megagen <input checked="" type="radio"/> Any One <input type="checkbox"/> Mini <input checked="" type="radio"/> Any Ridge <input type="checkbox"/> Universal

※★の付いているNobel Biocare Replace、Straumann TissueLevelはアングルスクリューチャンネルでの製作が出来ません。  
 ※☆の付いているメーカーは特殊加工になりますので別途1,000円(税抜/1歯)がかかります。ご了承ください。

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	使用サイズ システム番号 (㉗~㉙)
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	使用サイズ システム番号 (㉗~㉙)
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 \_\_\_\_\_