

データお預かり 技工指示書 口腔内スキャンデータ用

ご依頼日： 年 月 日

歯科医院名					歯科医師名							
ご住所	〒											
TEL					FAX							
患者様名				来院日時			年	月	日	午前 午後	時	分

■補綴部位をマークしてください

8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

■技工内容

- ☐ ジルコニア → ☐ 要レイヤリング ☐ 不要
☐ e.max → ☐ 要レイヤリング ☐ 不要
☐ プロビジョナル
☐ その他 → _____

■タイプ

- ☐ クラウン → ☐ 単冠 ☐ 連冠
☐ ブリッジ
☐ インレー / オンレー
☐ その他 → _____

■シェード → _____

写真 → ☐ あり ☐ なし

■模型

- ☐ 作る → 対合 ☐ 作る ☐ 作らない
☐ 作らない

■インプラントシステムと径

■備考