

クリニック控

MS

株式会社メディカルサポート  
千葉技工所

歯科技工指示書

No.

スキャンデータ（あり・なし）



発注日	年 月 日 ( )	セット番号	AM・PM
		月 日 ( ) :	

医院様名	患者様名	フリガナ	男・女
住所		様 ( ) 才	

単冠	連結	ブリッジ	担当医	完成	修正	再製	試適	色調	
----	----	------	-----	----	----	----	----	----	--

自 emax	自ジルコニア	自ハイブリッド	保 12%Pd	保チタン冠	保 CAD/CAM
【In】	【In】	【In】	【In】	【In】	【In】
【Cr前】	【Cr前】	【Cr前】	【前装冠】	【前装冠】	【Cr前】
【Cr白】	【Cr白】	【Cr白】	【Cr白】	【Cr白】	【Cr白】

※インプラントメーカー 【 】	※セラミック 【レイヤリング】 【ステイニング】
-----------------	--------------------------

※マウスピース 【ナイトガード】 【ホワイトニング】 【保定装置】	ソフト・ハード 【 】 mm
-----------------------------------	----------------

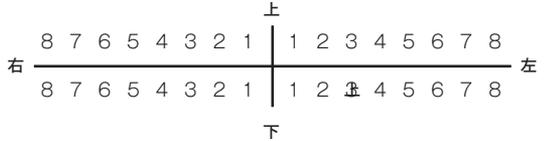
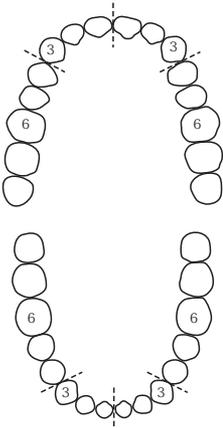
【TEK】	【小児矯正】	その他【 】
-------	--------	--------

添付品： 対合歯 ・ バイト ・ 模型 ・ 咬合器 ・ その他

< 設計 >

指示事項

< 部位 >



おねがい

より良い補綴物を・技工指示書は詳細にご記入ください。  
お届けするために・再製をご依頼の際は、恐れ入りますが（指示事項）に理由のご記入をお願い致します。