



株式会社メディカルサポート  
名古屋技工所

歯科技工指示書

No.

スキャンデータ (あり・なし)



保



自

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

医院様名	患者様名	フリガナ	男・女 様 ( ) 才
住所			

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
----------------------------	--------	---------------

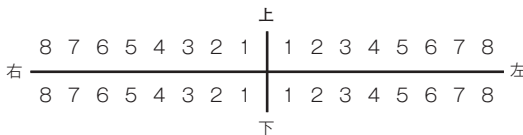
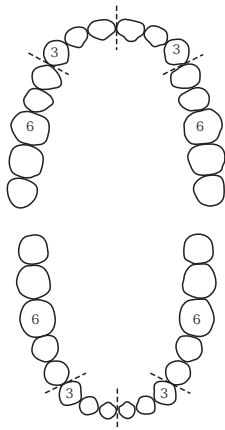
【TEK】	【小児矯正】	その他 ( )
-------	--------	---------

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

より良い補綴物をお届けするために

- ・ 技工指示書は詳細にご記入ください。
- ・ 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。