

歯科技工指示書(デジタル)

医 院 名 ・ 住 所	歯科医院	預り日	年	日 ()	AM	:	
		納品希望日	月	日 ()	AM	PM	:
患 者 名	男・女 様 年齢 歳	アポイント	月	日 ()	AM	PM	:

補綴名	機能区分	シェード				
CAD冠(小臼歯)	小臼歯Ⅱ	<input type="checkbox"/> A1	<input type="checkbox"/> A2	<input type="checkbox"/> A3	<input type="checkbox"/> A3.5	<input type="checkbox"/> A4
CADインレー(小臼歯)	小臼歯Ⅱ	<input type="checkbox"/> A1	<input type="checkbox"/> A2	<input type="checkbox"/> A3	<input type="checkbox"/> A3.5	<input type="checkbox"/> A4
CAD冠(大臼歯)	大臼歯Ⅲ	<input type="checkbox"/> A1	<input type="checkbox"/> A2	<input type="checkbox"/> A3	<input type="checkbox"/> A3.5	<input type="checkbox"/> A4
CADインレー(大臼歯)	大臼歯Ⅲ	<input type="checkbox"/> A1	<input type="checkbox"/> A2	<input type="checkbox"/> A3	<input type="checkbox"/> A3.5	<input type="checkbox"/> A4
CAD前歯	前歯Ⅳ	<input type="checkbox"/> A2	<input type="checkbox"/> A3	<input type="checkbox"/> A3.5		
ジルコニア単色	Cr・In	単冠・連冠	<input type="checkbox"/> A2	<input type="checkbox"/> A3	<input type="checkbox"/> A3.5	<input type="checkbox"/> ステイン処理
ジルコニアグラデーション	Cr・In	単冠・連冠	<input type="checkbox"/> A2	<input type="checkbox"/> A3	<input type="checkbox"/> A3.5	<input type="checkbox"/> ステイン処理
マウスピース	スプリント(ハード・ソフト) ナイトガード(ハード・ソフト) シート厚(2mm・3mm)					
対合歯:	有・無	バイト:	有・無	参考模型:	有・無	

R $\frac{18\ 17\ 16\ 15\ 14\ 13\ 12\ 11}{48\ 47\ 46\ 45\ 44\ 43\ 42\ 41}$ | $\frac{21\ 22\ 23\ 24\ 25\ 26\ 27\ 28}{31\ 32\ 33\ 34\ 35\ 36\ 37\ 38}$ L

指示内容

