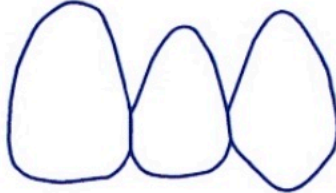


## 記入例 技工指示書

患者名 <input checked="" type="radio"/> 男・女 <input type="radio"/> 才  ○○ ○○ 様			施設名 <b>○○ 歯科医院</b> TEL <b>000-000-000</b>																																	
発行日	○年○月○日	AM PM	製 作 物	<input type="checkbox"/> Zr <input type="checkbox"/> フルZr <input type="checkbox"/> e-max <input type="checkbox"/> ベニア <input checked="" type="checkbox"/> イソレー/アンレー (Zr/e-max) <span style="float: right;">L5</span> <input type="checkbox"/> ペリフィケーション (メタル/レジン) <input type="checkbox"/> 診断用WAXUP <input checked="" type="checkbox"/> プロビ <u>6</u> <u>5</u> <input checked="" type="checkbox"/> アバット (Ti/ <u>Zr</u> ) <input type="checkbox"/> 形成チェック <input type="checkbox"/> CAD/CAM 冠 <input type="checkbox"/> その他 ( )																																
試適	年 月 日	AM PM																																		
セット日	○年○月○日	<u>AM</u> 10:00 PM																																		
部位	<table style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px dashed black;">8</td><td style="border: 1px dashed black;">7</td><td style="border: 1px dashed black;"><u>6</u></td><td style="border: 1px dashed black;"><u>5</u></td><td style="border: 1px dashed black;">4</td><td style="border: 1px dashed black;">3</td><td style="border: 1px dashed black;">2</td><td style="border: 1px dashed black;">1</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px dashed black;">8</td><td style="border: 1px dashed black;">7</td><td style="border: 1px dashed black;">6</td><td style="border: 1px dashed black;">5</td><td style="border: 1px dashed black;">4</td><td style="border: 1px dashed black;">3</td><td style="border: 1px dashed black;">2</td><td style="border: 1px dashed black;">1</td> </tr> </table>		8	7	<u>6</u>	<u>5</u>	4	3	2	1	8	7	6	5	4	3	2	1	<table style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px dashed black;">1</td><td style="border: 1px dashed black;">2</td><td style="border: 1px dashed black;">3</td><td style="border: 1px dashed black;">4</td><td style="border: 1px dashed black;"><u>5</u></td><td style="border: 1px dashed black;">6</td><td style="border: 1px dashed black;">7</td><td style="border: 1px dashed black;">8</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px dashed black;">1</td><td style="border: 1px dashed black;">2</td><td style="border: 1px dashed black;">3</td><td style="border: 1px dashed black;">4</td><td style="border: 1px dashed black;">5</td><td style="border: 1px dashed black;">6</td><td style="border: 1px dashed black;">7</td><td style="border: 1px dashed black;">8</td> </tr> </table>		1	2	3	4	<u>5</u>	6	7	8	1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	<u>6</u>	<u>5</u>	4	3	2	1																													
8	7	6	5	4	3	2	1																													
1	2	3	4	<u>5</u>	6	7	8																													
1	2	3	4	5	6	7	8																													
使用インプラント・スキャンボディ																																				
<b>ストローマン</b> <u>5</u> BLR  <u>6</u> ITW																																				
送付物	<input checked="" type="radio"/> 上/下 印象	1	ダイ模型	備考 ・隣在歯は今後補綴予定です。 ・対合はテックです。 ・色は明るめを希望されてます。  など、作製時に必要な事項をご記入下さい。  <div style="text-align: right;"> <u>L4</u> に            シェード <u>合わせてください</u> </div>																																
	対合歯模型	1	試適フレーム																																	
	上/下 参考模型		ペリフィケーション (メタル/レジン)																																	
	バイト	1	IOS データ																																	
	印象用ポスト	2	フェイスボウ																																	
	スクリュー	2	クリスタルアイ																																	
	インプラントアナログ	2	USB/CDR/SD/メール																																	
写真データ <input checked="" type="radio"/> 有 / <input type="radio"/> 無																																				

