IOS 専用 技工指示書
（歯冠補綴）

歯科医院名	歯科医師 署 名
住所 TEL	発行年月日 年　月　日

患者名	男・女 （　才）	セット日 月　日　時　分

製作物

- ☐ ジルコニアセラミック Cr / PFZ
- ☐ フルジルコニア / Zr 単体　☐ Cr　☐ In / On
- ☐ PMMA クラウン　☐ スタンダード　☐ シェル
  - ☐ 2 ピースタイプ（チタンベース使用）
    - ☐ GeoMedi
    - ☐ 純正（　）
    - ☐ スクリューリテイン
    - ☐ セメンティング
  - ☐ Ti カスタムアバットメント
    - ☐ ユニバーサルアバットメント
    - ☐ 純正（　）
  - ☐ 既成アバットメント

使用スキャンボディ（必ずご記入ください）

- ☐ GeoMedi
- ☐ その他（　）

- ☐ e.max（CAD）　☐ Cr　☐ In / On
- ☐ その他 製作物

口腔内スキャナー名（必ずご記入ください）

（　）

素材

咬合面

☐ ZR　☐ 陶材

☐ 単冠　☐ 連結

☐ 完成

試適

適合確認

- ☐ メタル
- ☐ ジルコニア
- ☐ PMMA

☐ 形態確認 PMMA

☐ 歯冠色 WAX

☐ ビスケット

製作シェード

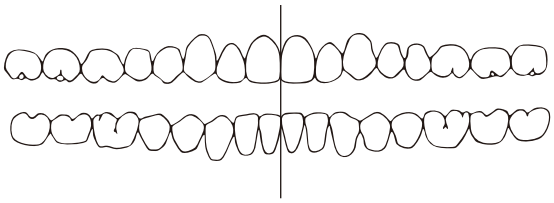
☐ A1　☐ A2

☐ A3　☐ A3.5

その他

※ インプラントメーカー、種類、径サイズは部位ごとにご記入ください

右



左

預かり物
3D アナログ
Ti ベース
メディア

営業担当	監　査	3D 模～6	3D 模 7～	3D 副歯	ホール加工	接着	ジグ		その他

委託歯科技工所　株式会社 コアデンタルラボ横浜

〒233-0007 神奈川県横浜市港南区大久保 1-5-26
TEL 045-840-0811　FAX 045-840-0813

CDL2301

この技工指示書は歯科医院医院控えとして保管をしてください

必要事項をご記入の上、下記FAX番号へ送信してください

FAX番号　**045-840-0813**

FAX番号はお間違いのないように送信をお願いします。

株式会社コアデンタルラボ横浜