IOS 専用 技工指示書
（歯冠補綴）

歯科医院名

住所
TEL

歯科医師
署 名

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（　）
  - ☐ 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
  - ☐ スクリューリテイン
  - ☐ セメンティング
- ☐ e.max (CAD) ☐ Cr ☐ In / On
- ☐（保）CAD/CAM 冠 ☐（保）CAD/CAM インレー
- ☐ その他 製作物

素材

咬合面
☐ ZR ☐ 陶材
☐ 単冠 ☐ 連結

使用スキャンボディ（必ずご記入ください）
☐ GeoMedi
☐ その他（　）

口腔内スキャナー名（必ずご記入ください）
（　）

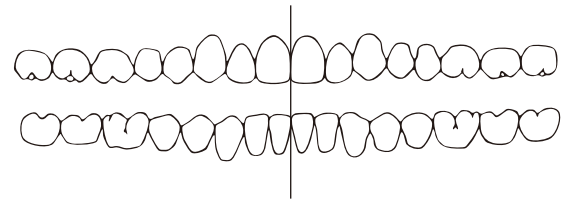
☐ 完成

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

シェード画像 添付方法 ☐ IOS 内添付 ☐ メール

☐ IOS 内 コメント / メッセージ有



預かり物
3D アナログ
Ti ベース
メディア

営業担当	監　査

※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

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　歯科技工所番号：14-29-00474
〒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
CDL2610

→ 製作する補綴物・必要項目の□にチェックをお願いします

→ IOSオーダー内にコメントを記載した場合は□にチェックをお願いします

← シェード画像の添付がある場合は□にチェックをお願いします

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