

# 岡山ミリングセンター 技工指示書

(平成28年10月改訂)

発注日	年 月 日 曜日	納品希望日	年 月 日 曜日 (AM・PM) 必着
患者様名	(男・女)		
歯科医院名 歯科技工所		担当者名	
住所	〒		
電話番号		FAX	
		E-mail	

技工物	<input type="checkbox"/> ジルコニア	材料・シールド	
	<input type="checkbox"/> PMMA		
	<input type="checkbox"/> 保険適用CAD/CAM		A1・A2・A3・A3.5・A4

プラン	<input type="checkbox"/> フルデータ送信プラン	<input type="checkbox"/> ダブルスキャンプラン	<input type="checkbox"/> インレープラン
	<input type="checkbox"/> スキャンデザインプラン	<input type="checkbox"/> 研磨・完成までプラン	

部位	<input type="checkbox"/> 単冠	8 7 6 5 4 3 2 1   1 2 3 4 5 6 7 8
	<input type="checkbox"/> 連冠	8 7 6 5 4 3 2 1   1 2 3 4 5 6 7 8
	<input type="checkbox"/> ブリッジ	8 7 6 5 4 3 2 1   1 2 3 4 5 6 7 8

オプション	<input type="checkbox"/> リムーバブル・作業用ノブ	<input type="checkbox"/> マージンの厚み調整
	<input type="checkbox"/> カラー(フレームサポート形状)	<input type="checkbox"/> 模型製作
	<input type="checkbox"/> デザイン	<input type="checkbox"/> アクセスホール
	<input type="checkbox"/> その他( )	

預り品	<input type="checkbox"/> 分割&トリミング済本模型	<input type="checkbox"/> 対合歯模型	<input type="checkbox"/> バイト
	<input type="checkbox"/> 咬合器	<input type="checkbox"/> インプラントレプリカ	<input type="checkbox"/> WAXパターン
	<input type="checkbox"/> 支台歯のみ	<input type="checkbox"/> その他 ( )	

その他・要望	
--------	--

岡山ミリングセンター

保険適用CAD/CAM冠 LOT No.

〒702-8027 岡山市南区芳泉4-6-19-2  
お問い合わせ TEL/FAX 086-259-2293

メール you-dental.okayamamillingcenter@outlook.jp

1・2・3