

歯 科 技 工 指 示 書

① 歯 冠 補 て つ

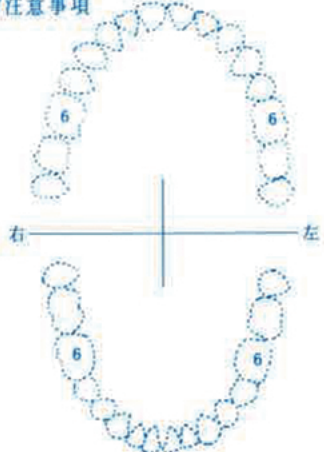
歯科医院名・所在地・担当医 Dr	発行日	年	月	日
	納期日		月	日
	セット日	/	AM PM	時

患者名	区	<input type="checkbox"/> 保険		
男・女 (歳)	分	<input type="checkbox"/> 自費		
対合歯 有・無	バイト 有・無	トレー 有・無	参考模型 有・無	預かり品 ()

製 作 物	コア	インレー単	インレー複	45冠	FMC	Br	HJC	硬レ前装冠	連結・単冠	ノブ付	ノブ無	
	(保険) CAD/CAM冠(ノリタケ・松風・)								(保険) ファイバーポストコア			
	e.max [インレー・クラウン]								(自費) ファイバーポストコア			
ジルポンド(Zr+筆盛り)			ジルジュエル(Zr100%)			ジルパール(Zr100%)			属	金		
メタルポンド			エステニア(フルベイク)			パーシャルベイク				・バラ g		
						ジャケット			・シルバー g			
						45冠			・ゴールド()k g			
						インレー			・その他 g			

部位	シエード																																
<table border="1"> <tr> <td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td> </tr> <tr> <td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td> </tr> </table>	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8																		
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8																		
完成・試適(メタル・ホワイトWAX・素焼き)																																	

指示/注意事項



株式会社 **デンタルアクト**

〒242-0021 大和市中央5-6-10

TEL (046) 263-2007



ホームページ

担当
技工士