歯科技工指示書

① 歯冠補てつ

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

患者名	区分	□保険 □自費
男・女（　　歳）		

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　4/5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

ジルボンド（Zr+築盛り）　ジルジュエル（Zr100%）　ジルパール（Zr100%）

メタルボンド　エステニア（フルベイク　パーシャルベイク　ジャケット　4/5冠　インレー）

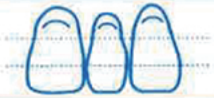
金属

- ・パラ　g
- ・シルバー　g
- ・ゴールド（　　）k　g
- ・その他　g

部位

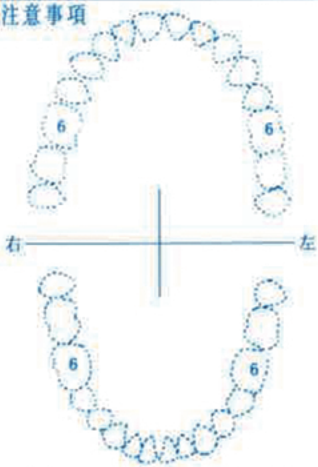
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

シェード



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