

クリークライフデザインFAX送信用技工指示書

※太枠内は必須項目です。

●ご依頼日		年	月	日	●納品希望日		年	月	日						
フリガナ					カルテNo.										
患者様名					性別	(<input type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女)									
					年齢	(歳)									
歯科医院名					担当医師名										
住所	〒														
電話				FAX			e-mail								
●お使いのオールスキャナーに☑を入れてください。															
<input type="checkbox"/> TRIOS (3Shape)		<input type="checkbox"/> トゥルーデフィニション (3M)			<input type="checkbox"/> trophy system (ヨシダ)										
<input type="checkbox"/> iTero element (アライン・テクノロジー・ジャパン)			<input type="checkbox"/> CEREC Omnicam (SIRONA)			<input type="checkbox"/> MEDIT i500 (ヨシダ)									
●依頼製作物・技工物の種類に☑を入れてください。															
－ ジルコニア －															
<input type="checkbox"/> フルク라운		<input type="checkbox"/> スクリューリテインの場合はこちらにチェックをお願いします													
<input type="checkbox"/> インレー・アンレー															
<input type="checkbox"/> ブリッジ															
<input type="checkbox"/> カスタムアバット															
<input type="checkbox"/> ジルコニアボンディング															
<input type="checkbox"/> ジルコニアボンディング フェイシングタイプ (臼歯部頬側口頭のみ)															
※ ジルコニアボンディングをご希望でスキャンデータで注文の場合次回フレームトライにて適合確認の上 取り込み印象が必須になります。予めご了承ください。															
※ジルコニアの特性で約20%程度収縮することから補綴物の歯冠長に制限があります。															
－ e-max －															
<input type="checkbox"/> フルク라운		<input type="checkbox"/> インレー・アンレー			<input type="checkbox"/> ブリッジ										
※ブリッジをご希望の場合、材料の特性上e-maxでは1歯欠損の3ユニットまでのケースとさせていただきます。															
※連結冠をご希望の場合、材料の寸法上連結個数に限界がありますので予めご理解ください。															
－ CEREC －															
<input type="checkbox"/> フルク라운		<input type="checkbox"/> インレー・アンレー													
※CERECブロックでのブリッジと連結については材料の特性上、製作不可とさせていただきます。															
－ レジン系 －															
<input type="checkbox"/> CAD/CAM冠		<input type="checkbox"/> TEK・プロビジョナル		<input type="checkbox"/> インプラントTEK			<input type="checkbox"/> サージカルガイド								
●シェードに☑を入れてください。															
ジルコニア	<input type="checkbox"/> UT-A1	<input type="checkbox"/> UT-A2	<input type="checkbox"/> UT-A3	<input type="checkbox"/> UT-A3.5	その他 ()										
e-max	<input type="checkbox"/> A1	<input type="checkbox"/> A2	<input type="checkbox"/> A3	<input type="checkbox"/> A3.5											
CEREC	<input type="checkbox"/> A1	<input type="checkbox"/> A2	<input type="checkbox"/> A3	<input type="checkbox"/> A3.5											
CAD/CAM冠	<input type="checkbox"/> A1	<input type="checkbox"/> A2	<input type="checkbox"/> A3	<input type="checkbox"/> A3.5											
※ ジルコニアのディスクはグラデーションディスクのため歯冠の長さによっては色調が異なる場合がございますが、 色調による再製作については行っておりませんので予めご了承ください。															
リムーバブル	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 (ご指定位置がありましたら、部位を設計詳細指示欄にご記入ください。)													
●製作物の価格について: 使用する材料により価格が異なります。詳細につきましては別途お配りした技工料金表にてご確認ください。															
●部位と設計に☑を入れてください。															
<input type="checkbox"/> 単冠					<input type="checkbox"/> 連冠										
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
●設計詳細指示															