

技工指示書

No. _____

● 医院名・住所・担当医	発行日	年	月	日
	セット:	月	日	AM PM

患者名	様	男・女	才	願型	<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
-----	---	-----	---	----	---

自費	保険	次回	完成	バイト	試適	再試適	修正	修理	再製	タミ	形態	自淨型	リッジラップ型
												偏側型	船底型

制作物	インレー(単・複)
	FMC・ブリッジ
	コア・ / 冠
	HR 前装冠・HJC
	MB(前装・フル)
個人トレー・咬合床	
模・その他	

預り品	対合歯(有・無)
	バイト(有・無)
	模・トレー・咬合
	その他

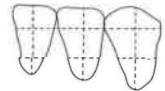
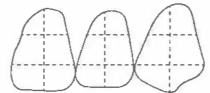
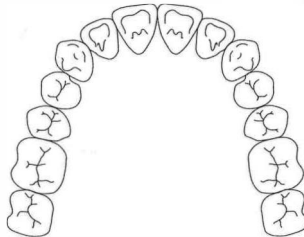
使用材料	12%Pd・銀合金
	PGA・金合金 K
	プレシャス・セミプレ
	ノンプレ・ファイバー
その他 ()g	

預り金属 ()g

単冠・連結

シェード _____ 白さ: 強め・弱め

カスタム _____ ステイン: あり・ふつう・なし



(指示事項)

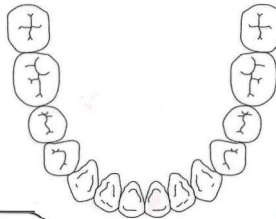
咬合: 点多め・低め・かなり低め

適合: きつめ・ふつう・ゆるめ

歯肉の硬さ: 硬め・柔らかめ

Dr _____

EDCBA	ABCDE
87654321	12345678
87654321	12345678
EDCBA	ABCDE



炎症のコントロールに対して

DH _____

DT _____

Arist Japan
<http://www.arist.jp>
 大阪市西区千代崎 2-9-11
TEL.06-6155-8159
 E-mail arist.jp@gmail.com

発注技工所名