

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	顔型	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----	---	-----	---	----	-----------------------	-----------------------	-----------------------

自費	保険	次回	完成	バイト	試適	再試適	修正	修理	再製	ダニ	自浄型	リッジラップ型
										形	偏側型	船底型

製 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	

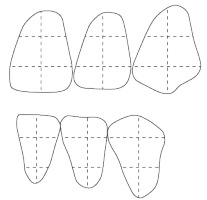
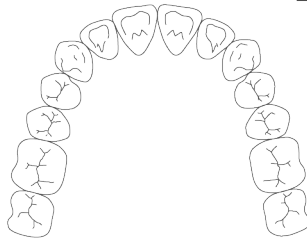
預 り 品	対合歯 (有・無)
	バイト (有・無)
	(模)・トレー・咬合器
その他	

使 用 材 料	12%Pd・銀合金
	PGA・金合金 K
	プレジャス・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

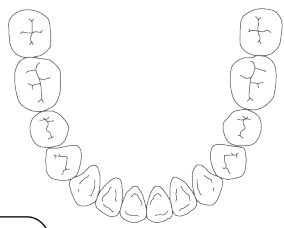


(指示事項)

咬合: 点 多め・低め・かなり低め
 適合: きつめ・ふつう・ゆるめ

E D C B A	A B C D E
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
E D C B A	A B C D E

Dr _____



炎症のコントロールに対して.....

DH _____

DT _____

Arist Japan
<http://www.arist.jp>
 大阪市西区新町1-8-3
 林四ツ橋ビル705号
TEL.06-6155-8159
 E-mail maxaki3@hotmail.com

発注技工所名