

# 歯科技工指示書

## OPEN STL 技工所デザイン 固定式ソリューション

### (Work Order Sheet OPEN STL)

●ご依頼日 (Order date) 年(YYYY) 月(MM) 日(DD)	●納品希望日 (Desired delivery date) 年(YYYY) 月(MM) 日(DD)
--	--

患者様氏名 (Patient's name) 様 (ローマ字)	性別(Gender) <input type="checkbox"/> 男性/Male <input type="checkbox"/> 女性/Female 年齢(Age) ( ) 歳
------------------------------------	--

歯科医院名 (Dental Clinic's name)	ご担当 (Person in charge)
ご住所 (Address) 〒	
電話番号 (Phone number)	FAX
e-mailアドレス	

歯科技工所名 (Lab's name)	ご担当 (Person in charge)
ご住所 (Address) 〒	
電話番号 (Phone number)	FAX
e-mailアドレス	

納品先  歯科医院  歯科技工所  その他 ( )

#### 【 指示内容 (Order) 】

##### ・補綴物の種類

**アバットメント OPEN STL (Abutment)**

材料 :  チタン合金(Ti)  コバルトクロム(CoCr)  チタンベース型ジルコニア (Ti Zir)  チタンベース型アクリル(Ti PMMA)

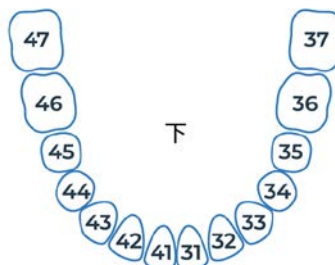
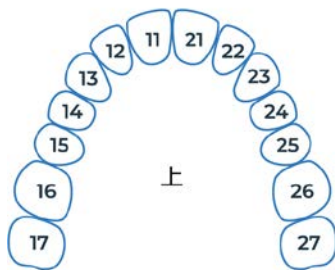
**ブリッジ OPEN STL (Bridge)**

材料 :  チタン合金(Ti)  コバルトクロム(CoCr)  チタンベース型ジルコニア (Ti Zir)  チタンベース型アクリル(Ti PMMA)

**バー-OPEN STL (Bar)**

材料 :  チタン合金(Ti)  コバルトクロム(CoCr)

##### ・インプラントポジション (Implant position)



インプラントシステム (Implant system)	サイズ (Size)	Biaxial	部位 (Location)		Biaxial	インプラントシステム (Implant system)	サイズ (Size)
			11	21			
			12	22			
			13	23			
			14	24			
			15	25			
			16	26			
			17	27			

インプラントシステム (Implant system)	サイズ (Size)	Biaxial	部位 (Location)		Biaxial	インプラントシステム (Implant system)	サイズ (Size)
			47	37			
			46	36			
			45	35			
			44	34			
			43	33			
			42	32			
			41	31			

\* Biaxial(角度付きスクルーチャンネル)が必要な部位に丸印をお付けください。また、Biaxialを付与する場合、対応するドライバーが必要です。

・チタンのゴールドカラーリング



要 (Yes)

不要 (No)

・その他ご要望 (Other requirements)

・送付物のご確認 (Items to be sent)

- 弊社技工指示書 (This Work Order sheet)
- STLファイル (ご使用のスキャンボディ・ライブラリの名称 : \_\_\_\_\_)
- XMLファイル
- 歯・歯肉が見える顔貌写真や笑顔のデータ (前向き&横向き) (Picture or data of smile line-Front/Side)

※本製品は、補綴物のリングのみを弊社で行います。(Osteon Digital only mills the prosthesis.)

・委託先 (模型送付先) 歯科技工所

歯 科 技 工 所 名 : オステオンデジタルジャパン株式会社

歯 科 技 工 所 所 在 地 : 大阪府大阪市平野区背戸口4-3-5 丸徳ビル5F

※ 歯科技工所よりご注文いただく場合は、弊社への再委託となりますので、必ず下記チェック項目をご確認頂きますようよろしくお願いいたします。  
(If a lab is placing this order, please fill in the tick box below as the lab order is considered as sub-contracting work.)

- 本症例の再委託については、担当の歯科医師により了承されました。**  
(The sub-contracting work of this case is approved by our dentist.)

・承認 (Certification)

この技工指示書に記載された全ての情報は正確であることを証明します。口腔内で使用した全てのパーツは、殺菌・消毒済です。私は、Osteon Medical Pty Ltd (759-767 Springvale Road, Mulgrave Victoria, Australia) が、この技工指示書に記載された関連する全情報を使用し、本症例に対する歯科技工物を設計し、製造することを許可します。  
(I certify that all information stated in this work sheet is correct. All items that have contacted the oral environment have been disinfected. I authorize Osteon Medical Pty Ltd (759-767 Springvale Road, Mulgrave Victoria, Australia) to design and produce this case (our product) using all relevant information provided on this work order.)

---

ご署名

---

日付