

# 歯科技工指示書 コピーミリング 技工所デザイン 固定式ソリューション (Work Order Sheet Copy mill)

●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 <input type="checkbox"/> 歯科医院 <input type="checkbox"/> 歯科技工所 <input type="checkbox"/> その他 ( )
---

【 指示内容 (Order) 】

・補綴物の種類

**アバットメント コピーミル (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 コピーミル (Bridge)**

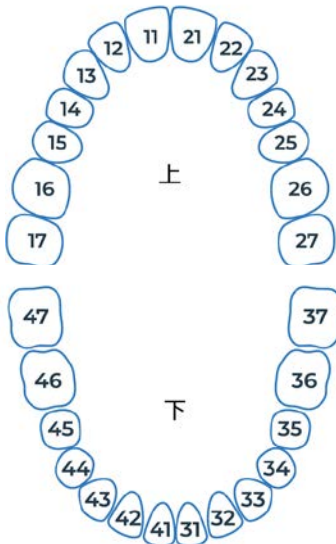
材料 :  チタン合金(Ti)  コバルトクロム(CoCr)  チタンベース型ジルコニア (Ti Zir)  チタンベース型アクリル(Ti PMMA)

**バー コピーミル (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)

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



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			

\* 単価は一歯毎になります。

・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)

ワックスアップ (レジン、石膏も可) (Wax-up)

模型 (Model)

\* スクリューやアタッチメントを送付する場合、内容と数をお書き下さい。 ( )

※本製品は、ワックスアップのスキャンと補綴物のミリングを弊社で行います。

ワックスアップをご送付いただく際は、最終製品との不適合を避けるため、破損しないようご注意ください。

・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

※ 歯科技工所よりご発注いただく場合は、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