

Osteonデザイン 固定式ソリューション カスタムアバットメント・ブリッジ
(Work Order Sheet Osteon Design Abutment/Bridge)

| | | | | | | | |
|--------------------|---------|-------|-------|--------------------------------|---------|-------|-------|
| ●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) (ローマ字) | 様 () | 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

アナトミカル アバットメント (Anatomical 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)

カスタム アバットメント (Custom 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)

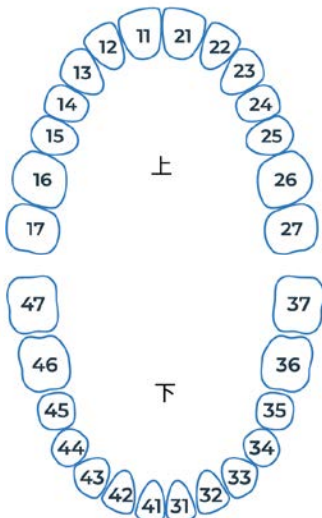
ブリッジ (Bridge)

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)

・インプラントポジション (Implant position)

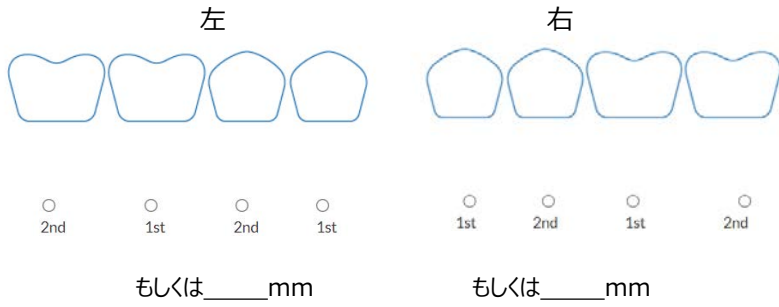
Biaxial(角度付きスクルーチャンネル)が必要な部位にも印をお付けください。
Biaxialを付与する場合、対応するドライバーが必要です。



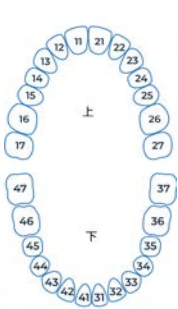
| インプラントシステム (Implant system) | サイズ (Size) | Biaxial | 部位 (Location) | | Biaxial | インプラントシステム (Implant system) | サイズ (Size) |
|-----------------------------|------------|---------|---------------|----|---------|-----------------------------|------------|
| | | | 11 | 21 | | | |
| | | | 12 | 22 | | | |
| | | | 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 | | | |

・フレームの範囲 (Overlay range) (フレームを製作する部位の○に印をつけるか、長さを指定してください。)



・カットバック (Cutback for Zir superstructure) *ジルコニアのアナトミカルパットメントとブリッジのみ対応 (A~Cを選択し、下記の表に記載願います。)



- A**  フェイシャルカットバック (Facial reduction)
- B**  フルバイク (Full bake)
- C**  不要 (全てモノリシック) (Monolithic)

| | | | | | | | | | | | | | | |
|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| | 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 |
| 上 | | | | | | | | | | | | | | |
| | 47 | 46 | 45 | 44 | 43 | 42 | 41 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 |
| 下 | | | | | | | | | | | | | | |

・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)
- ガムを含んだ上顎+下顎模型 (Model with gum)
- バイトが分かるもの (バイトワックスや蠟堤など) (Bite wax or wax rim)
- スタディ模型 (Study 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。 ()

・確認事項 (模型を送付いただく場合) (Check list for sending a model)

- インプラント間の距離が2mm以上あることを確認してください (Minimum distance between implants is 2mm.)
- アナログが模型から見えていること (Make sure that implant analogs can be seen from the model.)
(石膏やガムシリコンがインプラントアナログに被っている場合は、トリミングして頂きますよう宜しくお願いします)
(If the plaster (gum silicon) covers implant analogs, please trim it before sending.)
- 新しいインプラントアナログのみを使用してください (Only use new implant analogs.)

・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宜しくお願いします。(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