

Case# T				←この枠内は記入 しないでください
DUE DATE	Year /	Month /	Date	

発注日	年	月	日	
歯科医院名（発注者）		ローマ字		
歯科医師名		ローマ字		
(印)				
Tel.				
患者名		ローマ字		男・女 才
予約日	年	月	日（午前・午後）	時

①

8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8	
右									左								
④	8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8

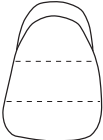
☐ 単冠(Single)

☐ 連結冠(Connect)

②

色調
(Shade)

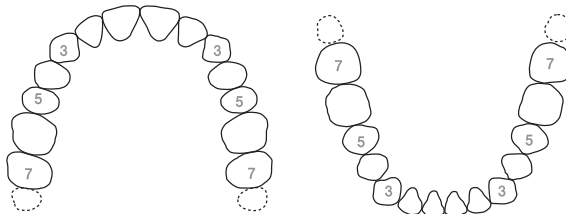
☐ VITA
☐ 3D Master
☐ IVOCLAR



M D

☐ 透明感強くする
(Translucent)
☐ 画像参照のこと
(Refer to the photo)

ご要望の設計、指示はこちらにお書きください



あずかり品 Contents

☐ 作業模型 Master Stone Model	☐ 印象+トレー Single Tray	☐ 対合歯 Opposing	☐ バイト Bite
☐ スタディー模型 Study Model	☐ 写真 Picture	☐ 人工歯 Artificial teeth	

インプラントパーツ/咬合器/その他
Implant Parts/Articulator/Other