

IOS歯科技工指示書

歯科医院名		担当Dr.	担当DH.
発行年月日 2024年7月5日(金)		送信データ	
		患者名	
セット日	<input type="checkbox"/> Trios <input type="checkbox"/> Trophy <input type="checkbox"/> iTero <input type="checkbox"/> Cerec		
セット時間	<input type="checkbox"/> Medit <input type="checkbox"/> Shining3D <input type="checkbox"/> その他()		
右		左	
<input type="checkbox"/> 単冠 <input type="checkbox"/> 連冠		【指示事項】	
【インプラント】		シェード: <input type="checkbox"/> シェード システム サイズ 【固定方式】 <input type="checkbox"/> スクリュー固定 <input type="checkbox"/> セメント固定 【ジルコニア(Zr)】 【Zrブロック】 <input type="checkbox"/> フルジルコニア <input type="checkbox"/> LT(単色) <input type="checkbox"/> 築盛ジルコニア <input type="checkbox"/> MT(GD) <input type="checkbox"/> ジルコニアCAB <input type="checkbox"/> HT(GD) 【チタン(Ti)】 <input type="checkbox"/> TiAC <input type="checkbox"/> TiFC <input type="checkbox"/> TiCAB 【セラミックス】 <input type="checkbox"/> MB <input type="checkbox"/> e.max 【メタル】 <input type="checkbox"/> In <input type="checkbox"/> FMC <input type="checkbox"/> Core 【レジン】 <input type="checkbox"/> HR <input type="checkbox"/> HB <input type="checkbox"/> F-Core 【CAD/CAM】 <input type="checkbox"/> 前歯 <input type="checkbox"/> 小臼歯 <input type="checkbox"/> 大臼歯	
【ジルコニア(Zr)】 【Zrブロック】			
<input type="checkbox"/> フルジルコニア <input type="checkbox"/> LT(単色)			
<input type="checkbox"/> 築盛ジルコニア <input type="checkbox"/> MT(GD)			
<input type="checkbox"/> ジルコニアCAB <input type="checkbox"/> HT(GD)			
【チタン(Ti)】			
<input type="checkbox"/> TiAC <input type="checkbox"/> TiFC <input type="checkbox"/> TiCAB			
【セラミックス】			
<input type="checkbox"/> MB <input type="checkbox"/> e.max			
【メタル】			
<input type="checkbox"/> In <input type="checkbox"/> FMC <input type="checkbox"/> Core			
【レジン】			
<input type="checkbox"/> HR <input type="checkbox"/> HB <input type="checkbox"/> F-Core			
【CAD/CAM】			
<input type="checkbox"/> 前歯 <input type="checkbox"/> 小臼歯 <input type="checkbox"/> 大臼歯			

IOSデータによる技工物製作をご依頼される場合は、左図のIOS歯科技工指示書に必要事項のチェック及び記入の上(黄色塗り潰し箇所は必須です) **必ずFAXにて送信してください。**

※データ、技工指示書が揃いましたら製作開始となりますので、データ送信後必ずFAX送信をお願いします。

FAX番号

04-2937-3973

§ 記入方法について

歯科医院名：請求先となります。納品先が異なる場合は指示事項にその旨を記載下さい。(必須)

担当Dr, 担当DH,：設計についてのご相談をする際に必要となります。

患者名：患者様のお名前をご記入下さい。(必須)

発行年月日：データ発送日をご記入下さい。

セット日、セット時間：予定しているセット日時をご記入ください。(必須)

送信データ：使用した口腔内スキャナーにチェックを入れて下さい。(必須)

歯式：歯式の記入をお願いします。(エクセルで記入する場合はチェックを入れて下さい)

単冠・連冠：複数歯の場合はチェックを入れて下さい。

シェード：シェードをご記入ください。(口腔内写真がある場合は別途送付をお願いします。)

インプラント支台の場合は、インプラントシステム名、サイズ、固定方式を記入して下さい。(必須)

また、インプラント上部構造を左下部から選択しチェックを入れて下さい。(必須)

普通支台の場合は、左下部から選択しチェックを入れて下さい。(必須)

指示事項：その他指示事項がございましたらご記入ください。

口腔内写真がある場合は、メールまたはLINEにて送付をお願いします。

§ 納期について

弊社では印象の到着日翌日を1営業日としております。弊社休業日(日、祝日)を挟む場合は、営業日としてカウントしません。納期はあくまで目安となりますので、お急ぎの場合はご希望に添えるよう調整致しますので、お問合せ下さい。納品予定表は、別途資料請求をお願いいたします。

株式会社E-Joint 〒359-1116

埼玉県所沢市東町10-16 廣澤ビル3F

TEL:04-2937-3972 FAX:04-2937-3973

HP:https://www.e-joint.co.jp



株式会社E-Joint

