



歯科技工所名	TEL:
	担当者:

ご依頼日	納品希望日	患者名 フリガナ	様
年 月 日	年 月 日		

フレームカラー	KT10	KT11	KT12	KT13	KT14	KT15	KT16	KT17	KT18	KD10	KD12	KD13
---------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------

フレームカラー	ML	A Light	A Dark	B Light	HT	HT10	HT12	HT13
シェード目安		A 1.5 ~ A 2	A 2.5 ~ A 3.5	B 1.5 ~ B 2				

<b>■ 部 位</b>															
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
<input type="checkbox"/> 単 冠								<input type="checkbox"/> 連 結							

<b>■ DESIGN</b> <input type="checkbox"/> 標準形状 <input type="checkbox"/> サポート形状 <input type="checkbox"/> シュリンク形状 <input type="checkbox"/> Dスキャン (ノブが必要な場合マーキングしてください。) <input type="checkbox"/> リムーバブルノブ (位置: )
---

<b>■ 添付物</b> <input type="checkbox"/> 分割模型 <input type="checkbox"/> 咬合器 <input type="checkbox"/> スタディモデル <input type="checkbox"/> インプラント&ジグインデックス <input type="checkbox"/> インプラント工具 <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 対合模型 <input type="checkbox"/> バイト
--	---

<b>■ セメントスペース設定</b> <input type="checkbox"/> 標 準: マージンから 1mm を 35 $\mu$ m でそれ以上の部分を 45 $\mu$ m で設定 <input type="checkbox"/> カスタム: マージンから ( )mm を ( ) $\mu$ m でそれ以上の部分を ( ) $\mu$ m で設定
--

アジャスト	あり ・ なし ( )
-------	-------------

<b>■ その他要望</b>   
----------------------------