IOS歯科技工指示書

KADTセンター送付用

発行日

年　　月　　日

セット日

年　　月　　日　　時

歯科医療機関名称・所在地・歯科医師氏名

患者様氏名

（フリガナ）

男 ・ 女

様

歳

製作部位

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

製作物・設計指示

☐ CAD/CAM冠
☐ CAD/CAMインレー
☐ エンドクラウン
☐ PEEK冠
☐ 再製作

・シェード　☐ A1　☐ B1　☐ A2　☐ B2　☐ A3　☐ OE　☐ A3.5　☐ A3OP

※A1,B1.B2は前歯に限ります
※OEは小臼歯インレー用です

・PEEK冠　☐アイボリー☐ ホワイト

お使いの口腔内スキャナーに☑を入れてください。

☐ Primescan,Omnicam　☐ TRIOS　☐ iTero　☐ MEDIT
☐ G-Oralscan,A-Oralscan　☐ DEXIS　☐ GC Aadva　☐ 神樂

その他（　　）

納品希望日

年　　月　　日

午前中

時間指定なし

公益社団法人　香川県歯科医師会立
（KADT）香川県先進歯科技工研修センター
〒760-0020　高松市錦町２丁目８番３８号
TEL087-813-1411 FAX 087-813-1401
E-mail:kadt2015@kashi.or.jp

この技工指示書は歯科医院控えとして保管をしてください

必要事項をご記入の上、下記FAX番号へ送信してください

FAX番号　087-813-1401