# 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 |

**歯科技工所番号**

37-31-00142

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**