〈 記入見本 〉

セット時の急な
問い合わせに対応するため
納品希望とセット日が
異なる場合にご記入ください。

■ 1 枚目 (白色) を歯科医院様控えに
してください。

■ 2・3 枚目 (クリーム色・ピンク色)
を弊社へお渡しください。

技工指示書

歯科医院名
○× DENTAL CLINIC
M 県 S 市 杜 王 町
1-1
06-XXXX-XXXX

歯科医師名 山本 一郎

患者名 羅座露 太郎 様
(50) 才 (男) 女

発行日 2020 年 9 月 1 日
納品希望日 2020 年 9 月 15 日
セット日 2020 年 9 月 18 日 (AM) PM 10 : 00

☑ 完成　□ ポジション インデックス ・バイト　□ 修正・再製

シェード □ A1・A2・A3・その他 ( )
データ送付方法 ☑ Dropbox □ メール □ USB 等

ファイナル予定
インプラント固定様式 □ スクリュー □ セメント □ AGC □ その他 ( )

IOS
IOSの場合のみご記入ください
インプラントのメーカー (○× インプラント)
インプラントの種類 (○× 4.0)
スキャンボディの種類 ※フィクスチャーではありません。 (ロング 13mm)

連結部位等 ○・・・天然歯 △・・・インプラント

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
○× 4.0　○× 3.3

送付物
□ (上・下) 顎シリコン印象
□ (上・下) 顎アルジネート模型
□ バイト
□ 参考用模型
□ インプレッションポスト
□ USB・SD カード等
□ その他 ( )

株式会社 LAZARUS
〒541-0053 大阪府大阪市中央区本町 2-3-4 アソルティ本町 7F
TEL 06-6266-3500 FAX 06-6266-3501 Mail: info@lab-lazarus.com

補綴種類 □ 内に ✓ をご記入ください。

天然歯	部位		部位
☑ 築盛ジルコニア Cr	3	☑ フルジルコニア (Cr ・ In)	456
□ プレスセラミック (Cr ・ In)		□ 診断用 WAXUP	
□ デンチャー		☑ プロビジョナル	43
□ MB		□ その他 ( )	

インプラント	部位		部位
□ 築盛ジルコニア スクリューリテイン		☑ フルジルコニア スクリューリテイン	654
築盛ジルコニアクラウン + □ ジルコニアアバットメント ☑ チタンアバットメント	1 1 2	フルジルコニア Cr + □ ジルコニアアバットメント □ チタンアバットメント	
□ プロビジョナル スクリューリテイン		□ その他 ( )	

備考

・患者の希望としては
周りの天然歯よりも白く

・かなりのブラキサーです

・一度トライを
入れていただいても結構です

インプラントの
場合は
メーカー・種類等
ご記入ください。

連結部位をイラストのようにご記入ください。

細かい指示があればご記入ください。