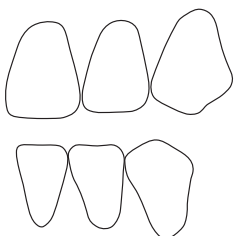
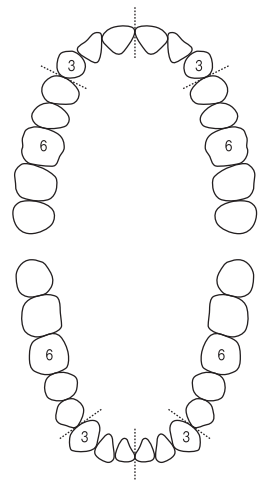


歯科技工指示書

医院名/住所/担当医	発行日	年	月	日
	セット日	月	日	時
	完成	試適	個人トレー	咬合床

<input type="checkbox"/> 自費	<input type="checkbox"/> 保険	患者名	様 (男・女 才)
-----------------------------	-----------------------------	-----	-----------

対合歯 有・無	バイト 有・無	トレー 有・無	咬合器 有・無
製作種類 総義歯 局部義歯 床裏装 義歯修理 金属床 ノンクラスプデンチャー コア 単In 複In FMC 4/5・3/4冠 Br HR前装冠 HR前装Br CAD/CAM冠 ハイブリッドクラウン・インレー ジルコニアクラウン e-max その他 ()	<input type="checkbox"/> 単冠 <input type="checkbox"/> 連結 <input type="checkbox"/> 有髄歯 <input type="checkbox"/> 無髄歯	金属/材料 12% Pd・Ag ()K・PGA Co-Cr・Ni-Cr・Ti その他 ()	

設計・製作の方法 顔型 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	部位 <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; text-align: center;"> <tr> <td></td> <td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td> <td style="border-left: 1px solid black;">上</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>右</td> <td colspan="8"></td> <td style="border-left: 1px solid black;"> </td> <td colspan="8"></td> <td>左</td> </tr> <tr> <td></td> <td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td> <td style="border-left: 1px solid black;">下</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td> <td></td> </tr> </table> シェード # 		8	7	6	5	4	3	2	1	上	1	2	3	4	5	6	7	8		右																		左		8	7	6	5	4	3	2	1	下	1	2	3	4	5	6	7	8	
	8	7	6	5	4	3	2	1	上	1	2	3	4	5	6	7	8																																									
右																		左																																								
	8	7	6	5	4	3	2	1	下	1	2	3	4	5	6	7	8																																									
																																																										

担当技士
(Blank space for technician name)