

中田デンタル・センター IOS オーダーシート

依頼日 年 月 日

医院様ご記入欄		弊社記入欄	
医院名		医院コード	
住所		指示書番号	
電話番号	FAX	納品日	/ ()
担当医		E-mail	
患者様名 (カタカナ)		様 (男・女 歳)	
セット日		年 月 日 () 時 分	

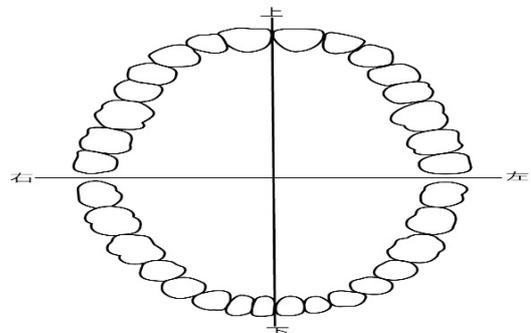
8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	<input type="checkbox"/> 単冠	<input type="checkbox"/> ノブ有	シェード
8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	<input type="checkbox"/> 連結	<input type="checkbox"/> ノブ無	()

使用システム：TRIOS CEREC iTero Trophy その他 ()

お預かり品：データのみ 本模型 対合歯 バイト 参考模型 トレー
その他 ()

製作技工物	*スタンダードステイン無 プレミアムステイン有
<input type="checkbox"/> ヴィセラ (ジルコニア) <input type="checkbox"/> スタンダード <input type="checkbox"/> プレミアム	
<input type="checkbox"/> エンジェル冠 (マルチレイヤージルコニア) <input type="checkbox"/> スタンダード <input type="checkbox"/> プレミアム	
<input type="checkbox"/> プロビジョナルTEK	
製作種類	<input type="checkbox"/> 天然支台 <input type="checkbox"/> インプラント支台
発注形態	<input type="checkbox"/> 完成 <input type="checkbox"/> 試適 <input type="checkbox"/> 試適後完成 <input type="checkbox"/> 再製 <input type="checkbox"/> 修正 <input type="checkbox"/> 修理
インプラント上部構造	<input type="checkbox"/> スクリュー固定 <input type="checkbox"/> セメント固定
<input type="checkbox"/> Tiアバットメント <input type="checkbox"/> ZRアバットメント <input type="checkbox"/> 既成のチタンベース	
インプラントメーカー：	サイズ： CAD/CAMシステム：
3Dプリント模型 (樹脂) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (IOS専用レプリカが販売されている物に限ります)	

指示事項



 株式会社中田デンタル・センター

〒179-0081 東京都練馬区北町7-7-7 ☎03-5945-3231 E-mail: info@nakata-dc.co.jp

*データ送信後、お手数ですが当オーダーシートをFAXしていただけますようお願いいたします

FAX送信先：03-5945-3233