技工指示書　自・保

歯科医院名

Dr.

発行日　　年　　月　　日

セット日

月　　日

AM／PM　　時　　分

患者名

男

女

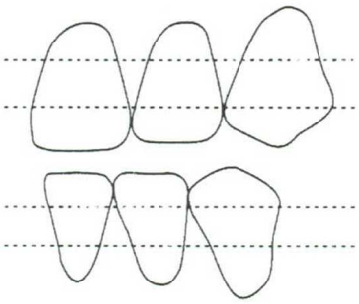
才

有髄歯・無髄歯

完成・試適

シェード

設計・指示



E	D	C	B	A	A	B	C	D	E
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
E	D	C	B	A	A	B	C	D	E

連絡事項

製作物

ジルコニア
コーピングフレーム＋築盛
フル（無垢）＜プレミアム／スタンダード

e-max
クラウン・ラミネート
インレー・アンレー・4/5

MB
フルベーク・ベニア・カラーレス

ハイブリッド
フルカバー・ベニア・ジャケット・インレー

硬質レジン
フルカバー・ベニア・ジャケット

鋳造冠
クラウン・ポストクラウン
アンレー・3/4冠・4/5冠
インレー複・インレー単・コア

単冠・連結・ブリッジ

ポンティック
リッジラップ・舟底型
鞍状型・離底型

預り品
対合歯　　バイト
参考模型　　トレー

金属
プレシャス　セミプレシャス　ノンプレシャス
白金加金　ゴールド（　　K）
12%Pd　シルバー　持込

使用量　　g

有限会社 K. D. L.
〒221-0825 横浜市神奈川区反町2-13-11-3F
Tel/Fax.045-317-6383

担当技工士