

サージカルステント製作依頼書

発行日： 年 月 日

カルテNo		男・女	歯科医院名・住所・医師名
フリガナ			
患者名			
埋入日	月 日 ・ 未定		担当Dr()
事前説明日	月 日	ガイド 必要・不要	

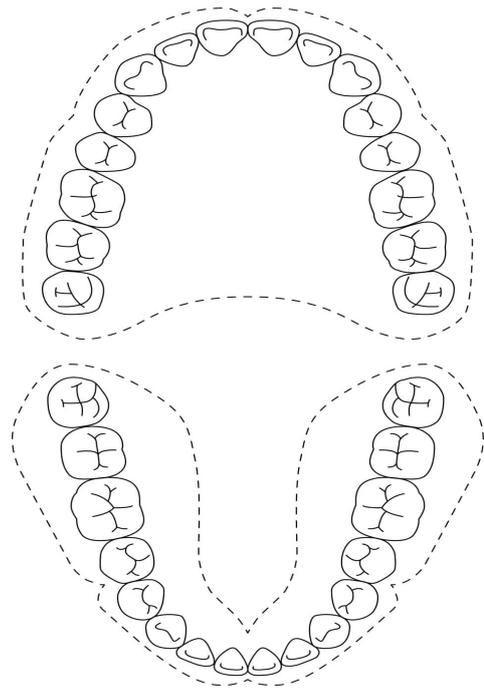
梱包内容

<ul style="list-style-type: none"> ●DICOMデータ(CT撮影日： 月 日)： USB ・ CD-R ・ mail ・ その他() ●模型： 上顎 ・ 下顎 ・ スキャンデータ ・ その他() ●バイト材： あり ・ なし
--

使用予定インプラント

メーカー	
タイプ	
サイズ・詳細	

埋入予定部位



対応インプラントメーカー

メーカー	種類
<input type="checkbox"/> Nober Biocare	<input type="checkbox"/> Branemark MkIII Groovy <input type="checkbox"/> Branemark MkIII Shorty <input type="checkbox"/> Branemark MkIII TiUnite <input type="checkbox"/> Active
<input type="checkbox"/> Straumann	<input type="checkbox"/> BL
<input type="checkbox"/> GC	<input type="checkbox"/> Aadvia Short <input type="checkbox"/> Aadvia Standard <input type="checkbox"/> Aadvia Tapered
<input type="checkbox"/> Camlog	<input type="checkbox"/> SCREW-LINE <input type="checkbox"/> PROGRESSIVE-LINE
<input type="checkbox"/> OSSTEM	<input type="checkbox"/> TSIII Internal Hex <input type="checkbox"/> TSIV Internal Hex

※他メーカーやフラットフォームなども
パラメーターカスタムで製作可能
詳しい詳細はお問い合わせください。

ステントデザイン等希望ございましたらご記入ください。

弊社記入欄



INCメディカルサービス 株式会社

〒329-1104 栃木県宇都宮市下岡本町4552-14

TEL : 028-680-5859

FAX : 028-673-6662

e-mail : inc.med.dt@gmail.com