

# インフラント技工指示書

発行日: 年 月 日

|       |         |              |                                     |
|-------|---------|--------------|-------------------------------------|
| カルテNo |         | 男・女<br><br>才 | 歯科医院名・住所・医師名<br><br><br><br>担当Dr( ) |
| フリガナ  |         |              |                                     |
| 患者名   |         |              |                                     |
| アポ日時  | 年 月 日 : |              |                                     |

☐試適 ☐完成

## 制作物

### 上部構造

☐フルジルコニア ☐その他( )

☐PFZ

☐スクリーンリテイン

◎チタンベース

☐GeoMedei ☐その他( )

☐純正

☐セメントリテイン

◎アバットメント

☐Ti カスタムアバットメント

☐既製アバットメント

☐その他( )

## 預かり物

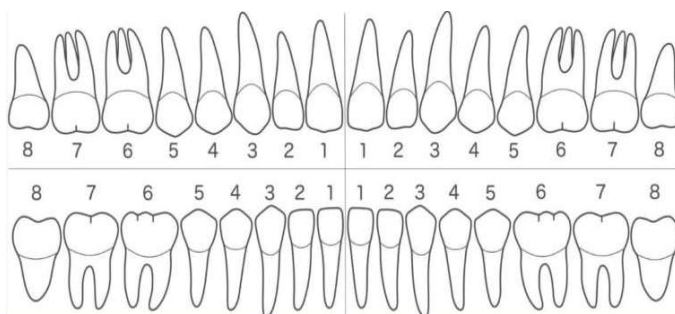
IOSデータ・トレー・対合模型・スタディモデル  
バイト・USB・その他( )

## 制作部位

☐単冠 ☐連冠

### シェード

☐A1 ☐A2 ☐A3 ☐A3.5 ☐その他( )



## 使用インフラント

| メーカー                                   | 種類                                                                                                                         | フラットフォーム                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nobel Biocare | <input type="checkbox"/> Branemark<br><input type="checkbox"/> Replace<br><input type="checkbox"/> Active                  | <input type="checkbox"/> NP <input type="checkbox"/> RP <input type="checkbox"/> WP <input type="checkbox"/> 3.0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <input type="checkbox"/> Straumann     | <input type="checkbox"/> TL<br><input type="checkbox"/> BL<br><input type="checkbox"/> BLT<br><input type="checkbox"/> BLX | インフラントレベル <input type="checkbox"/> RN <input type="checkbox"/> WN<br>アバットメントレベル <input type="checkbox"/> RN <input type="checkbox"/> WN<br><br><input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> RC<br><br>RB <input type="checkbox"/> 3.5 <input type="checkbox"/> 3.75 <input type="checkbox"/> 4.0 <input type="checkbox"/> 5.0<br>WB <input type="checkbox"/> 5.0 <input type="checkbox"/> 5.5 <input type="checkbox"/> 6.5 |
| <input type="checkbox"/> CAMLOG        | <input type="checkbox"/> SCREW                                                                                             | <input type="checkbox"/> 3.3 <input type="checkbox"/> 3.8 <input type="checkbox"/> 4.3 <input type="checkbox"/> 5.0 <input type="checkbox"/> 6.0                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <input type="checkbox"/> CONELOG       | <input type="checkbox"/> PROGRESSIVE                                                                                       | <input type="checkbox"/> 3.3 <input type="checkbox"/> 3.8 <input type="checkbox"/> 4.3 <input type="checkbox"/> 5.0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <input type="checkbox"/> ASTRATECH     | オッセオスビード<br><input type="checkbox"/> TX                                                                                    | <input type="checkbox"/> 3.0 <input type="checkbox"/> 3.5/4.0 <input type="checkbox"/> 4.5/5.0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|                                        | オッセオスビード<br><input type="checkbox"/> EV                                                                                    | <input type="checkbox"/> 3.0 <input type="checkbox"/> 3.6 <input type="checkbox"/> 4.2 <input type="checkbox"/> 4.8 <input type="checkbox"/> 5.4                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

※他メーカーも対応可能

メーカー、フラットフォーム等詳細で記入ください

備考



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