



3-5-4 2ndFloor HIGASHIYAMA MEGURO
TOKYO, Zip153-0043 Japan.

TEL : 03-5704-8291
FAX : 03-5704-8328

Dr. _____ TEL _____ () _____

ADDRESS _____

CITY _____ STATE _____ ZIP _____

PATIENT'S NAME _____

TODAY'S DATE _____ RETURN'S DATE _____ AM
PM

PROPOSE OF FABRICATION :

- CHANGE COLOR
- CLOSE SPACES
- INCREASE LENGTH
- CORRECT MALALIGNMET
- LENGTH OF CENTRAL _____ mm

- ENCLOSED : IMPRESSIONS
- STUDY MODEL
- OPPOSING MODEL
- BITE
- PHOTO
- SLIDE

DEGREE OF OPACITY : MIN. MED. MAX.

OTHER : _____

CHARACTERIZATION : SMOOTH MODERATE HEAVY

SHADE OF PREPARED TEETH _____

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
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
32	31	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17

ジルコニアフレーム

ノーマル (不透明) トランス (透過性) ウルトラトランス^{注1} (高透過性) マルチレイヤー^{注1} (グラデーション)

CAD/CAM 冠

シェード

デザイン

ゆるめ きつめ (支台歯の形状によっては、きつく出来ない場合がございます。)

舌側サポート キャップ(支台歯形状) _____

ハンドル(ノブ) カットバック 唇側 全周 _____ mm

送付物

対合歯列模型 ワックスフレーム 咬合器

チェックバイト ドライバー(インプラント対) その他

参考模型 ジグ(インプラント対応)

設計

ダブルスキャン(WAX) (形態修正/1 歯) マージンアジャスト あり

特別な形態をご希望の場合には、ワックスフレームをお願いします。 なし(-500 円~/歯)

[指示内容]

注1 特殊ディスクを使用するため、+1,000 円/歯の追加費用を頂きます。
 ウルトラトランスにつきましては、咬合面、唇側および舌側は最低 1.5mm の厚みをもたせ、
 マージンは内側に丸みを持たせたショルダー、ディープシャンファーにし、
 最低 1.0mm の厚みをもたせて頂く必要があります。

※ スキャン作業において着色を致します。支台歯に着色が残る場合がございますので、ご了承下さいませ、お願い致します。

