

# デジタル専用オーダーシート

医院/住所/担当医    E-mail	データ送信日		
	年	月	日
	時		
納品日			
年	月	日	

フリガナ 患者名	様	男	・	女	歳
-------------	---	---	---	---	---

## 【歯式】

8 7 6 5 4 3 2 1   1 2 3 4 5 6 7 8	単冠	・	連結
8 7 6 5 4 3 2 1   1 2 3 4 5 6 7 8	シェード		

製作物	部位 or 「✓」	製作物	部位 or 「✓」
ジルコニア 単色		ジルコニア HT	
クラウン グラデーション		インレー LT	
ステイン		ジルコニアボンド	
ガラス インレー		純チタンクラウン(自費)	
セラミック クラウン		純チタン前装冠(自費)	
CAD/CAM 小臼歯		CAD/CAM冠 クラスⅠ	
インレー(自費) 大臼歯		小臼歯(自費) クラスⅡ	
CAD/CAM冠 大臼歯(自費)		CAD/CAM冠 前歯(自費)	
PMMAクラウン		ナノハイブリッドセラミックインレー	
3D模型	( 上顎 ・ 下顎 )	リテーナー	( 上顎 ・ 下顎 )
マウスピース矯正	( シュミレーション ・ アライナー )		
マウスピース	( スポーツ用3mm クリアー ・ ブルー ・ オレンジ / ホワイトニング用 )		
その他			

使用スキャナー	<input type="checkbox"/> Trophy <input type="checkbox"/> iTreo <input type="checkbox"/> CEREC <input type="checkbox"/> その他 ( )
---------	--

memo
------

データ確認	担当DT

デジタル ミリング オフィス 南九州

〒899-4343 鹿児島県霧島市国分野口西20-16  
TEL 0995-47-2670 / FAX 050-3730-5018  
✉ d.m.o.minamikyushu@gmail.com



✉ d.m.o.minamikyushu@gmail.com  
データ送信後FAXをお願いいたします  
**FAX:050-3730-5018**