

ジルコニアクラウン技工指示書

※→必ずご記入をお願い致します

※発行年月日 年 月 日

※住所

※歯科医院名

※担当DR

担当 DH

フリガナ

セット日時

未定

※患者名

男 ・ 女

年

月

日

年齢 才

AM

PM

※使用材料

※シェード

ジルコニア

(前歯)

SHTA1

SHTA2

SHT-A3

(臼歯)

HTA1

HTA2

HT-A3

再作製 前回納品日

年

月

日

対合歯:

有 ・ 無

バイト:

有 ・ 無

作製部位

(作製方法、設計) ※連冠の場合は、ご記入お願い致します

右

左

規約書に基づき依頼します。

歯科技工所

3DLab クラウディア株式会社

〒753-0066 山口県山口市泉町 1-41 (ジルコニア 担当:吉岡)

【電話番号】 080-8230-1689

【FAX】 083-922-4618