

年 月 日発行

自由診療・保険診療

担当歯科医師

担当アシスタント

歯科医院名・所在地

患者氏名

(年生まれ 男・女)

納品希望日 年 月 日 (午前・午後)

仕上げ・試適

新規製作・修正・再製作

シェード

(撮影データあり・なし)

製作技工物

- CAD/CAM 冠 (I・II・III・IV)
- e.max (ステイン・レイヤリング)
- ワンカラー (Full Zr)
- グラデーションプラス (Full Zr)
- フルジルコニアステインクラウン
- ジルコニアレイヤリングクラウン
- インプラント技工
- その他

備考

生 PZ ()
単冠・連冠

部位

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

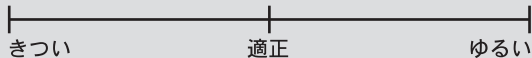
設計、自由記入



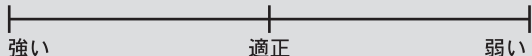
前回の技工物 (アンケート)

患者氏名

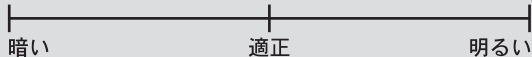
適合



コンタクト



色調 (明度)



色調 (彩度)



M セラミック工房

〒811-2203 福岡県糟屋郡志免町石橋台 5-9

TEL:092-936-6325 FAX:092-986-4414