

歯科技工指示書

発注日 年 月 日

医院名・住所

印象日 年 月 日

セット日 年 月 日 曜日
AM・PM 時 分

患者名 様 (男・女 歳)

保険

自費

預り品 対合歯 ・ バイト ・ 参考模型 ・ メタル()g

補綴物名

金属 12%Pd ・ シルバー
GOLD()K ・ その他()

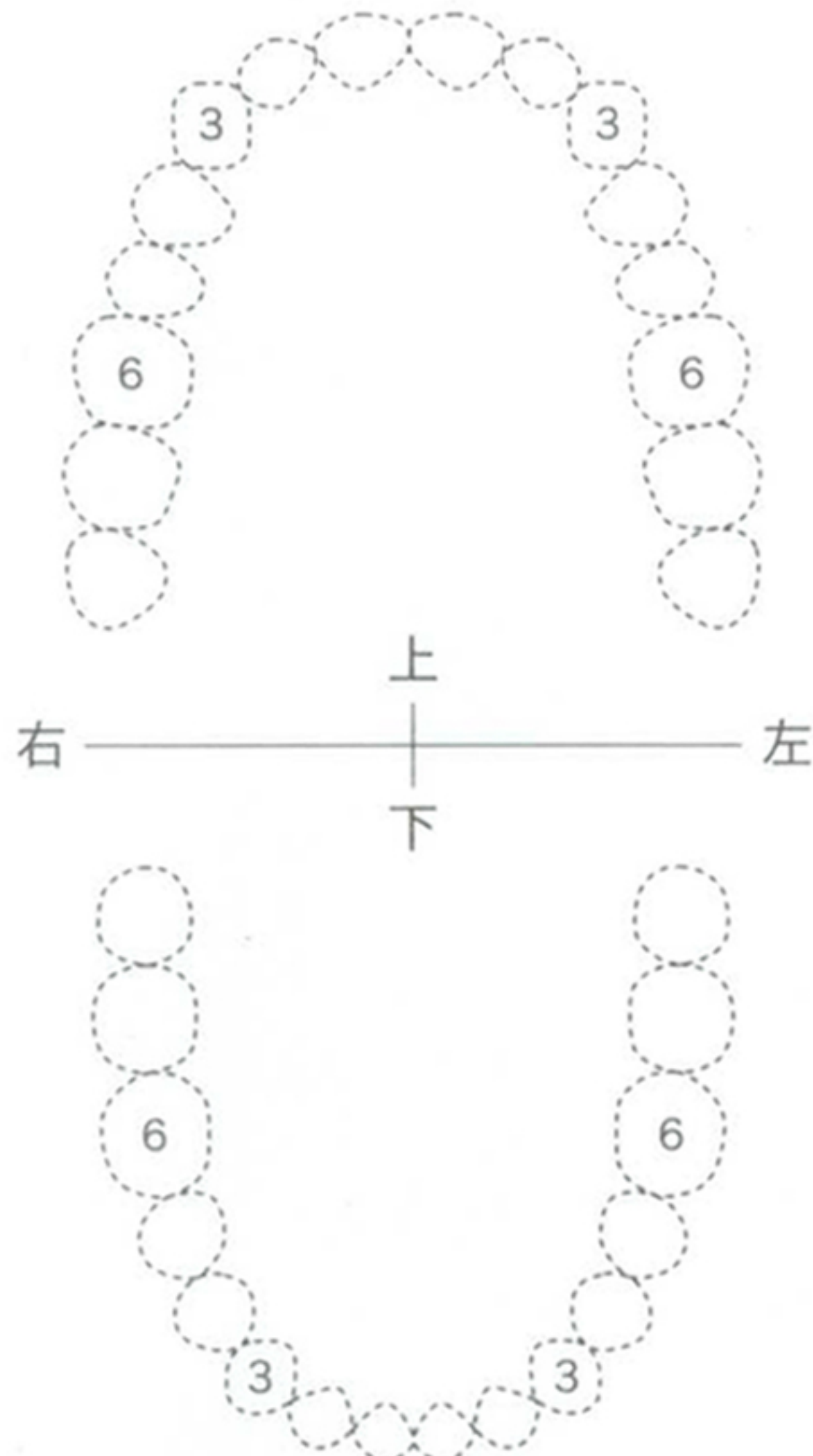
単冠 ・ 連結 有髄歯 ・ 無髄歯

●部 位

上
右 8 7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7 8 左
8 7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7 8
下

●SHADE

●設計/指示事項



●備 考

発注技工所名

BEAUT DENTAL ビュートデンタル

〒321-0151 宇都宮市西川田町862-14 TEL. 028-684-2722 FAX. 028-684-2723