



〒733-0822 広島県 広島市西区庚午中3-8-2 セイデンビル 302
 TEL 082-554-5801 / FAX 082-554-5802
 E-mail: levels.dentalteam@gmail.com

医院名 _____ 発行日 20 年 月 日
 担当医 _____ 次回予約日 月 日 時 分
 患者名 _____ / 才 / 男・女
 次回 / バイト採得 / フレームトライ / シェードトライ / 完成トライ / 完成セット

オールセラミック

- e.max Cr
- e.max In / On / テーブルトップ
- e.max ラミネートベニア

- ジルコニア Cr (モノリシック)
- ジルコニア Cr (レイヤリング)
- ジルコニア In

ゴールドCr / On / In / コア

レジンプロビジョナル

診断用 Wax up

セットアップ模型

IOS(口腔内スキャナーデータ)

その他 _____

インプラント

- スクリューリテイン**
- チタンベース(既製)
 - チタンアバットメント(メーカー純正)
 - アンゲルドアバットメント(角度補正)

- セメントリテイン**
- ジルコニアアバットメント(CAD/CAM)
 - チタンアバットメント (CAD/CAM)
 - 既製アバットメント (メーカー純正)

サージカルガイド

スプリント

ナイトガード / ホワイトニングトレー
(3mm / 2mm) (1mm)

スポーツ用マウスガード カラー _____

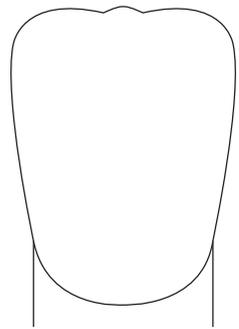
クリアリテーナー / リンガルボンディング

発送物

- 印象トレー × _____ 対合 スタディモデル バイト エステティックバイト
- パノラマ セファロ メディアデータ : USB / SDカード / メール
- インプラントパーツ _____
- 前歯部審美必要資料 その他 _____

備考

- ベースシェード _____ 口腔内写真 有 / 無
- 対合調整 否 / 可 (_____ mm) 隣在歯調整 否 / 可 (_____ mm)
- 歯肉タイプ 厚 / 薄 下部鼓形空隙 _____



[補綴部位・単冠 / 連冠を歯式にご記入下さい]

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