

歯科技工指示書(サージカルガイド用)

医院名 / 所在地 / 担当医

発行日： 年 月 日 (曜日)

患者様名： 様 歳 (男・女)

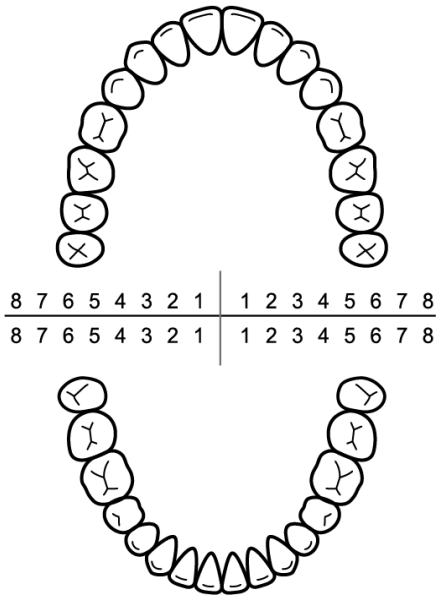
納品希望日： 年 月 日 (曜日)

オペ予定日： 年 月 日 (曜日)

骨造成予定	有 ・ 無
ガイド固定法	骨 ・ 粘膜 ・ 歯牙 ・ アンカーピン
ガイド使用時	ファーストドリルまで使用 ・ 最終ドリルで埋入まで使用
ドリルハンドル	有 ・ 無 ※スリーブのサイズ決定に関わります

上 ・ 下

※ ○をつけてください



●埋入予定のインプラント体をご記入ください

埋入部位	BL/TL	サイズ	セメント/スクリュー

※空欄がある場合は骨と部位に合わせて弊社で仮設置致します。

< 記入欄 >