

# IOS Ken,Dentalx オーダーシート

医院発注日 年 月 日 ※技工指示書がお手元がない場合にお使いください

医院様ご記入欄				技工所仕様欄	
医院名	Dr			指示書番号	
患者様名	様 (男性・女性 歳)			ラボ受注日	
セット日	月	日	時 分	データ確認日	
納品希望日	月	日	(午前・午後)	データ不備	あり・なし
電話番号	e-mail				

次回工程	<input type="checkbox"/> 完成	<input type="checkbox"/> 修正	<input type="checkbox"/> 試適	( <input type="checkbox"/> フレーム <input type="checkbox"/> ホワイトwax <input type="checkbox"/> ビスケット)
------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	--

  

7 6 5 4 3 2 1		1 2 3 4 5 6 7		7 6 5 4 3 2 1		1 2 3 4 5 6 7										
失活	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	失活
失活	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	失活

  

注意事項			
<input type="checkbox"/> 単冠	<input type="checkbox"/> ノブあり	<input type="checkbox"/> ポーセレン マージン	 Shade USB or メール
<input type="checkbox"/> 連結	<input type="checkbox"/> ノブなし	<input type="checkbox"/> リムーバブル グループ	

使用システム	<input type="checkbox"/> iTero <input type="checkbox"/> TRIOS <input type="checkbox"/> CEREC <input type="checkbox"/> Trophy <input type="checkbox"/> 3M <input type="checkbox"/> その他 ( )
Scan body	<input type="checkbox"/> straumann <input type="checkbox"/> nobel <input type="checkbox"/> astra <input type="checkbox"/> その他 ( )
送付物	<input type="checkbox"/> STL データのみ <input type="checkbox"/> トレー <input type="checkbox"/> 対合 <input type="checkbox"/> バイト <input type="checkbox"/> スタディー <input type="checkbox"/> その他 ( )

製作技工物					
補綴物 / ステイン		ステイン有	ステイン無	レイヤリング	ジルコニア <input type="checkbox"/>
フルジルコニア (ハイトランス)	インレー	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	※(3D プリント模型)	HB (コバルト) <input type="checkbox"/>
	クラウン	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		MB (コバルト) <input type="checkbox"/>
CAD/CAM 冠	インレー	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	インプラント上部構造 ※ メーカー:	<input type="checkbox"/> スクリュー固定 <input type="checkbox"/> セメント固定
	クラウン	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Ti カスタムアバット <input type="checkbox"/> Zi カスタムアバット
チタン (削り出し)	<input type="checkbox"/> クラウン <input type="checkbox"/> 前装冠※ <input type="checkbox"/> HB※			サイズ:	<input type="checkbox"/> 既成アバット
プロビジョナル TEK	<input type="checkbox"/>		製作種類		<input type="checkbox"/> 天然支台 <input type="checkbox"/> インプラント支台

技工指示内容

※レイヤリングの技工物を発注の場合は3Dプリント模型が必要になります(費用別途) ※インプラントの技工物を発注の場合は3Dプリント模型が必要になります(費用別途)  
 ※インプラントの技工物を発注の場合は3Dアナログが必要になります(費用別途) ※インプラントの場合は口腔内でスキャンする専用のスキャンボディが別途必要になります。(費用別途)  
 ※弊社管理サイトをご利用の場合は直接 STL データのアップロードと指示書の記入及び患者様の管理もできます。  
 ※<https://kenline.net/> **ケンライン** 

 **ケン・デンタリックス株式会社**  
**KEN.DENTALX**

〒113-0033  
 東京都文京区本郷4-1-11デンタビル  
 tel:03-6801-8194 e-mail: [info@ken-dentalx.com](mailto:info@ken-dentalx.com)

※STL データ送信またはアップロード後、こちらの指示書を FAX していただけますようお願いいたします。 **[FAX送信先:03-6801-8195]**