Compartis® ISUS

QCテストのみ(サンプルとして)ご利用の場合は、
「MODEL ONLY USED FOR QC TESTING」
シールをこの枠内に貼付してください

お客様情報

施設名:
ご住所:
郵便番号:
Country:
Tel:
Fax:
E-mail:
VAT-number:
ご担当者様:

顧客情報

歯科医院様名:.....
患者様名:.....

以下を同梱の上発送してください*

*** 必要な情報や部品が不足していた場合、納期に遅れが生じる事があります**

必要なもの	オプション	# 個数
☐ オーダーフォーム(完全に記入されたもの)	☐ プラスチック/レジン/ワックス模型(コピーミリング):	.....
☐ アナログ付き石膏模型**	☐ 純正アナログ:	.....
☐ ジンジバルガム(ソフトティッシュ)	☐ 純正スクリュー(製造番号を添付):	.....
☐ フレームワックスアップ(義歯ワックスアップ)	☐ アバットメント:	.....
	☐ アタッチメント:	.....
	☐ フィメール/ライダー(製造番号を添付):	.....
	☐ その他:	.....

** 損傷のない新品のアナログを使用してください。損傷が認められる場合、返却させていただく場合があります

追記

症例情報

材料
- ☐ チタン
- ☐ コバルトクロム

プラットフォーム形成
- ☐ インプラントレベル
- ☐ アバットメントレベル
- ☐ 混在(インプラント・アバットメントレベル)

インプラント詳細情報(要プラットフォーム詳細情報)*

インプラント本数: .....

*** メーカー名、タイプ、直径を記入してください**

- ☐ Friadent type: .....
- ☐ Straumann type: .....
- ☐ Nobel Biocare type: .....
- ☐ 3I type: .....
- ☐ Astra type: .....
- ☐ Camlog type: .....
- ☐ Zimmer type: .....
- ☐ その他: .....

ご注文タイプ

- ☐ CAD設計・バー(アタッチメント: ..... 箇所)*
- ☐ コピーミリング・バー(アタッチメント: ..... 箇所)**
- ☐ コピーミリング・ブリッジ(支台歯形成: ..... 歯)**
- ☐ コピーミリング・ハイブリッド(維持形態: ..... 箇所)**

*** 裏面の確認事項をご記入ください**

**** 下記確認事項および裏面確認事項ご記入ください**

コピーミリング確認事項

- ☐ 光沢研磨
- ☐ 基底面
- ☐ 舌側面

パソコンによるデザインイメージの確認を行いますか?
- ☐ はい
- ☐ いいえ

確認事項:設計・バー

☐ 1ピース
☐ 2ピース

☐ ドルダーバーY型 ☐ Macro ☐ Micro
☐ ドルダーバーU型 ☐ Macro ☐ Micro
☐ Preci-Horix (Hader)
☐ Round (Ackermann) ☐ ∅1,8 ☐ ∅1,9 ☐ ∅2
☐ Bredent VSP-F
☐ Bredent VSP-FS
☐ その他: .....
☐ テーパー指定: 角度: ☐ 0° ☐ 2° ☐ 4° ☐ 6°

アタッチメント詳細:
☐ メーカー名: .....
☐ サイズ: .....
☐ 最終欄の「概要」にアタッチメントの位置を記入してください

粘膜周辺:
☐ 粘膜タッチ
☐ 粘膜との距離: ..... mm

延長:
☐ 遠心 ..... mm*
☐ 近心 ..... mm* (2ピースの場合)

*** 最大 8mm**

確認事項:コピーミリング・ハイブリッド(人工歯配列)

☐ 全体をレジン築盛面処理
☐ 一部レジン築盛面処理(基底面を研磨指定): ☐ 基底面 ☐ 舌側面

☐ 保持ピンの形態*: ☐ ☐
*** 保持ピンが必要な場合はピンのデザインを選んでください**

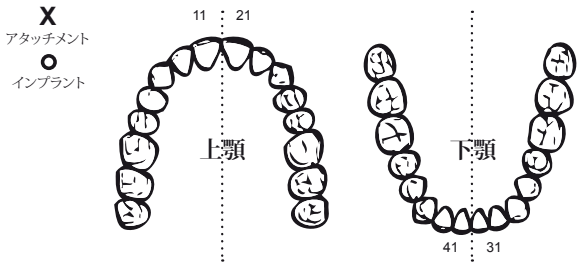
確認事項:コピーミリング・ブリッジ

☐ カットバック量 ..... mm
☐ 研磨面指定: ☐ 基底面 ☐ 舌側面
☐ 粘膜との距離: ..... mm

特記事項

.....
.....
.....
.....

概要



歯の部位	インプラント・メーカー名	インプラント・システム名	インプラント・プラットフォーム直径		アバットメントタイプ	アバットメントタイプ
				Or		
				Or		
				Or		
				Or		
				Or		
				Or		
				Or		