

コンフォート加工指示書

3枚綴り

※1枚目を発送用としていただき、2枚目、3枚目を代理店様・医院様控えとして保管ください。 記入日(20 年 月 日)

| | | | | | |
|-------|-------------------------------|------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|---|
| 貴医院名 | | 担当医 | | 紹介代理店 | |
| 貴医院住所 | 〒 | | | 希望納品先 (医院・代理店) | |
| | 電話番号: 緊急連絡先: | | | 営業担当: 携 帯: | |
| フリガナ | | 性別 | 男・女 | セット予定日 | 月 日() AM・PM : |
| 患者名 | | 生年月日 | 西暦 年 月 日 | 感染症 | <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無 |
| ご発注種類 | 〈コンフォートシリーズ〉 | | | 〈あんしんパック〉 | |
| | <input type="checkbox"/> ソケット | <input type="checkbox"/> コネク | <input type="checkbox"/> コンプリー | <input type="checkbox"/> スポーツ | <input type="checkbox"/> コンフォート加工 (新規・貼り替え) |

加工指示内容

| コンフォート | その他 |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> コンフォートシリーズ加工工程 <input type="checkbox"/> 新規あんしんパック <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> オーダーメイド補強付与(破折保証1年付) <input type="checkbox"/> ラミネート/キャストメッシュ <input type="checkbox"/> 金属床付与 </div> <input type="checkbox"/> 補強なし(破折保証なし) ※破折の際の貼替は有料となりますのでご注意ください。 | <input type="checkbox"/> コンフォート(シリコン)剥がし (貼り替え理由:) <input type="checkbox"/> レジンリベース <input type="checkbox"/> 修理 <input type="checkbox"/> 調整 <input type="checkbox"/> その他 () |
| <input type="checkbox"/> 貼り替え (前回加工: 年 月) ≪貼り替え理由≫ <input type="checkbox"/> はがれ <input type="checkbox"/> 汚れ <input type="checkbox"/> 破折に伴う <input type="checkbox"/> 顎堤変化 <input type="checkbox"/> 調整エラー <input type="checkbox"/> 印象不十分 <input type="checkbox"/> その他 () | |

必ずご確認ください

ダイナミック印象後、痛みや安定などに問題がないので、このまま印象面を再現しても問題ありません。
 ※コンフォート加工後は粘膜面調整が難しくなるため再度ご確認ください。印象が不十分であったことによる貼替は有料となります。ご注意ください。

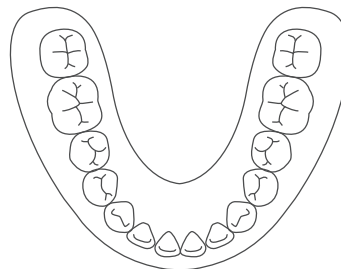
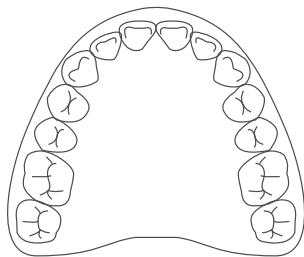
コンフォートの厚さ

薄め 標準 厚め

| | | |
|---|---------------|---------------|
| R | 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 |

L

レジンタッチ部位や部分的な厚みなど指示をご記入ください



| | |
|---|--|
| <h3>技工指示</h3> <p>研磨面にレジンを盛り足してもよろしいですか。 (はい ・ いいえ) 研磨面に載っている印象材は再現しますか。 (はい ・ いいえ) その他、指示書裏表紙に記載されている技工対応を行ってもよろしいですか。 (はい ・ いいえ)</p> | <h3>同封物確認</h3> <p><input type="checkbox"/> 対合義歯 <input type="checkbox"/> 模型 <input type="checkbox"/> バイトワックス <input type="checkbox"/> その他 ()</p> |
| <h3>確認事項 ※必ずチェックをお願いいたします。</h3> <p><input type="checkbox"/> 本書太枠内において、ご指示がない場合、弊社基準にて加工をいたします。 <input type="checkbox"/> 本書太枠内において、記入漏れがある場合、納期に遅延が発生する可能性があります。 <input type="checkbox"/> 技工確認必要時にご連絡がとれない場合、納期に遅延が発生する可能性があります。 ※緊急連絡先の記載にご協力ください。</p> | |

【義歯発送先】株式会社バイテック・グローバル・ジャパン 〒104-0052 東京都中央区月島2-14-12 3F

サービスに関するお問合せ **0120-508-834** 技術的なお問合せ **03-6824-9191**