

技工指示書 (保険診療用)

医院名 _____

担当医 _____

患者氏名 _____

年齢 _____

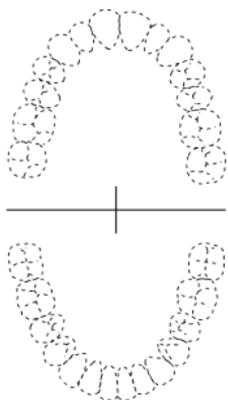
♂・♀

患者番号 _____

発注日 _____ 月 _____ 日

Try Set _____ 月 _____ 日

納品日 _____ 月 _____ 日



CAD/CAM 冠

Metal inlay

onlay

Cr

Brige

PD

FD

部位 _____

シェード _____

修復材料

預かり内容

指示内容

受注番号 _____

担当 _____