

# チタンアバットメント 専用注文書

## チタンアバットメント製作条件

2019年4月現在、対応の範囲は下記となっております。  
下記に記載のないものは製作することが出来ません。

### KYOCERA

#### FINESIA BoneLevel

- NP 3.2 / 3.4
- RP 3.7 / 4.2
- WP 4.7 / 5.2

#### FINESIA Tissue Level

- RP 4.8
- WP 6.5

- POI EX 3.4
- POI EX 3.7
- POI EX 4.2
- POI EX 4.7
- POI EX 5.2

### Straumann

#### Bone level

- NC 3.3
- RC 4.1/4.8

#### Tissue Level

- RN 4.8
- WN 6.5

#### Standard Plus

- NN 3.5

### DENTSPLY

#### ASTRA TECH Osseospeed

- Aqua 3.5 / 4.0
- Lilac 4.5 / 5.0

#### XIVE

- 3.4
- 4.5
- 3.8
- 5.5

### Nobel Biocare

#### Branemark

- NP 3.5
- RP 4.1
- WP 5.1

#### Replace

- NP 3.5
- RP 4.3
- WP 5.0
- 6.0

#### Active

- NP 3.5
- RP 4.3

- 2019年4月現在。
- 単歯のみの対応となります。
- ダイレクトアバットメントはお受けしていません。
- アバットメントのみの提供です。スクリューは付きませんのでユーザー様でご準備いただきますようお願いいたします。
- 対応範囲については今後拡大を予定しております。

●チタンディスク使用 ●使用チタンディスク (京セラメディカル社使用 Ti-6Al-4V ELI)

## 注文書への記入例

- 1症例ごとに本注文書を1枚ご使用ください。
- 製作部位の歯式番号に○を付けてください。
- ご発注方法と同封された送付物に✓(チェックマーク)をご記入ください。
- フルデザインの発注方法については規定書をご確認ください。

〈例〉

### ●インプラント名(システム名 サイズ)

FINESIA BoneLevel	FBL	NP3.2/3.4 RP3.7/4.2 WP4.7/5.2	ASTRATECH Osseospeed	AOS	Aqua3.5/4.0 Lilac4.5/5.0
FINESIA TissueLevel	FTL	RP4.8 WP6.5	XIVE	DXI	3.4 3.8 4.5 5.5
POI EX	POI	○(3.4) 3.7 4.2 4.7 5.2	Nobel Branemark	NBB	NP3.5 RP4.1 WP5.1
Straumann BoneLevel	SBL	NC3.3 RC4.1/4.8	Nobel Replace	NBR	NP3.5 RP4.3 WP5.0 6.0
Straumann TissueLevel	STL	RN4.8 WN6.5	Nobel Active	NBA	NP3.5 RP4.3
Straumann Standard Plus	SSP	NN3.5			

### ●歯式

8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

### ご発注方法

- Wスキャン
  フルデザイン
  デザインお任せ
  デザイン確認

フルデザインを選択されたお客様は、右ページもご記入ください。

### ●送付物

- 作業用模型
  対合歯模型
  バイト 片顎模型の場合、必須
  
 ガム模型
  技工指示書コピー
  レジンアップ Wスキャン必須

フルデザイン(右半分)の記入につきましては、規定書をご確認ください。

## 注意事項

ご注文に際し、「製作規定」及び「保証規定」をよくお読み頂き、ご了承のうえご注文願います。

### チタンアバットメントの保証規定について(抜粋)

保証規定については「チタンアバットメント保証規定」をご確認及びご了承の上、ご注文ください。(以下に抜粋事項を記載します。)

納品書に記載の日付より5年以内に破折した場合は、再製作いたします。再製作を依頼される場合は、予め当センターまでお電話にてご連絡を頂き所定の「再製作申込用紙」に必要事項をご記入の上、破折したアバットメントをご返送ください。ただし、以下の場合は保証対象外とさせていただきます。

- 口腔内装着前に破折した場合。●調整の際に破折した場合。●規定値以下に削合した場合。●口腔内での不適合(模型上では適合していた)。
- センターより「条件付製作物」と指定された場合。●破折したアバットメントをご提出頂けない場合。●歯科医師の了承の下、ご発注頂いたものでなかった場合。

# チタンアバットメント専用注文書

歯科医師の了承の下、製作規定書及び本注文書の注意事項をお読みの上で発注下さい。  
太枠内は必ずご記入下さい。

ご記入日	年	月	日	お客様控え
------	---	---	---	-------

ユーザー名			
ご住所			
お電話番号	(	-	-)
メールアドレス		ご担当者	
歯科医院名			
歯科医院住所			
フリガナ 患者様氏名			

## ●インプラント名(システム名 サイズ)

FINESIA BoneLevel	FBL	NP3.2/3.4 RP3.7/4.2 WP4.7/5.2	ASTRATECH Osseospeed	AOS	Aqua3.5/4.0 Lilac4.5/5.0
FINESIA TissueLevel	FTL	RP4.8 WP6.5	XIVE	DXI	3.4 3.8 4.5 5.5
POI EX	POI	3.4 3.7 4.2 4.7 5.2	Nobel Branemark	NBB	NP3.5 RP4.1 WP5.1
Straumann BoneLevel	SBL	NC3.3 RC4.1/4.8	Nobel Replace	NBR	NP3.5 RP4.3 WP5.0 6.0
Straumann TissueLevel	STL	RN4.8 WN6.5	Nobel Active	NBA	NP3.5 RP4.3
Straumann Standard Plus	SSP	NN3.5			

## ●歯式

8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

ご発注方法	<input type="checkbox"/> Wスキャン	<input type="checkbox"/> フルデザイン	フルデザインを選択されたお客様は、右ページもご記入ください。
	<input type="checkbox"/> デザインお任せ	<input type="checkbox"/> デザイン確認	

## ●送付物

<input type="checkbox"/> 作業用模型	<input type="checkbox"/> 対合歯模型	<input type="checkbox"/> バイト <small>片顎模型の場合、必須</small>
<input type="checkbox"/> ガム模型	<input type="checkbox"/> 技工指示書コピー	<input type="checkbox"/> レジンアップ <small>Wスキャン必須</small>

## フルデザイン

左ページで、フルデザインを選択されたお客様は、以下もご記入ください。

●ご希望のシャンファーマージン形態、エマーゼンスプロファイル形態に○を付けてください。

シャンファーマージン形態			エマーゼンスプロファイル形態		
<input type="radio"/> ディープ	<input type="radio"/> レギュラー	<input type="radio"/> ライト	<input type="radio"/> コンケーブ	<input type="radio"/> ストレート	<input type="radio"/> コンベックス

●基本設定以外をご希望の場合は  にご記入ください。

<b>マージン設定位置(縁下)</b> <small>※記載がない場合は同様設定となります。</small>	<b>プラットフォームからの高さ</b> 
---	--------------------------

<b>テーパ</b> ●基本、片側3°(計6°)で設計いたします。 変更の場合はご指定ください。 	<b>傾き</b> <small>※傾きにご指定のない場合はオペレーターが設計します。※最大20°</small> ●傾けたい方向を矢印で示してください。 
--	---

[委託歯科技工所・模型送付 株式会社カロス] 〒672-8064 兵庫県姫路市飾磨区細江120

お問い合わせ tel. 079-243-1182 [月曜～金曜 9:00～17:00] e-mail. data@kalos.jp