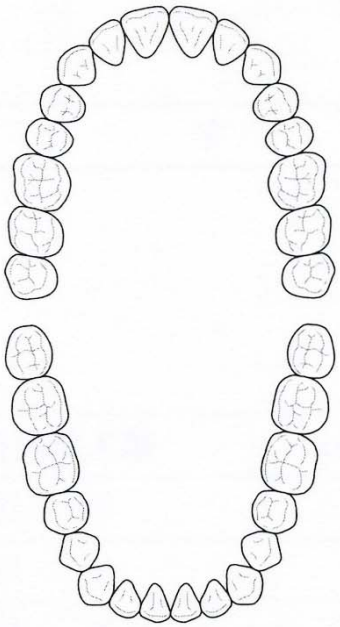
歯科技工指示書／歯科技工録

歯科医院名・歯科医師　住所氏名＊	発行年月日＊　　年　　月　　日
	歯科技工所名＊・歯科技工士　住所氏名
患者氏名　　男・女 年齢　　歳	**納品日時**　　**咬合・試適・完成** 年　　月　　日　午前／午後　　時

製作物の種類	インレー（単）　インレー（複）　メタルコア　3/4冠　4/5冠　FCK RJK　HJK　前装 CK　根面板　TEK　乳歯冠	
保険給付内	ワンピースキャストブリッジ　その他のブリッジ	
	有床義歯　PD・FD　（レジン床義歯・熱可塑性義歯・金属床義歯）	
保険給付外	個人トレー　咬合床　人工歯排列　完成　義歯修理　床裏装	
	その他	
使用材料＊	金　属	12%Pd　Ag　G(　)K　PGA　Co-Cr　Ni-Cr　Ti　その他（　　）
	人工歯	陶歯　硬質レジン歯　レジン歯　（　　）
	その他	

部位及び設計＊・作成の方法＊

（ブリッジ支台装置及びポンティックの種類等）



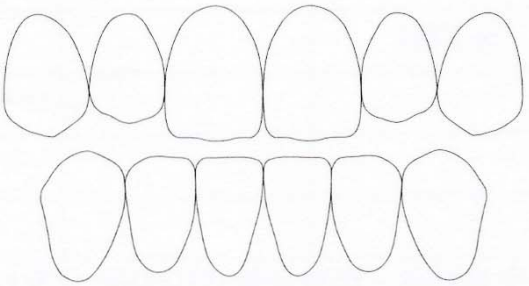
8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8
8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8

特記事項

（有床義歯維持装置等の設計及び材料等の詳細）

	部位	種類・金属等
鋳造鉤		
線鉤		
バー		
その他		

シェード等



歯科技工士法第18条規定による

〔三重県歯科技工士会 ／ 監修：三重県歯科医師会〕