

# LAVA™ 技工指示書

品質管理基準書に基づく

ご依頼日 年 月 日	納品希望日 年 月 日
(フリガナ)	
患者名	
性別 (男・女)	年齢 ( )

製造販売業者：  
スリーエムヘルスケア株式会社 歯科用製品事業部

受託歯科技工所：  
(株)デンタルデジタルオペレーション Lava ミリングセンター  
〒564-0063 大阪府吹田市江坂町1丁目16-31-3F  
info@ddo-inc.com  
http://www.ddo-inc.com

歯科医院名・氏名	技工所名・氏名
住所 〒	住所 〒
TEL	TEL
Eメールアドレス ファックス番号	Eメールアドレス ファックス番号

部位 ノブ付与の場合は□にチェックしてください

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

設計 □にチェックしてください	オプション(別料金)
<input type="checkbox"/> 単独冠	<input type="checkbox"/> マージンアジャスト(1歯) ¥2,000 ■通常はマージンの調整はしておりません。
<input type="checkbox"/> 連結冠	
<input type="checkbox"/> アバットメント	<input type="checkbox"/> ジルコニアカラー(形態補正) ¥1,000 ■ワックスアップをご用意いただきますと料金は無料になります。
<input type="checkbox"/> フレーム	
<input type="checkbox"/> オールジルコニア Cr	<input type="checkbox"/> オールジルコニアクラウンデザイン ¥2,000 ■ワックスアップをご用意いただきますと料金は無料になります。
<input type="checkbox"/> ダウエル模型作製 ¥1,000	

フレームシェードのご指定	
Lava	FS1・FS2・FS3・FS4・FS5・FS6・FS7・なし
Lava プラス	W0・W1・W3・A1・A2・A3・A3.5・B2 透過性の強いブロックのため支台歯色の影響を受けやすいのでご注意ください。
Lava アルティメット (単冠のみ)	LT ロートランス A1・A2・A3・A3.5・B1・C2・D2・Bleach HT ハイトランス A1・A2・A3・B1
備考	

- オールジルコニアクラウン／アルティメットクラウン・インレー・オンレーの場合ワックスアップをご用意ください。
- 高さが12mmを超える場合はLava プラスブロック使用となります。
- コンタクトおよび粘膜面はお客様にて調整おねがい致します。