

OneGuide Order Sheet

購入方法にチェックください。

インプラント PKG ☐

ワンガイド PKG ☐

TEL 03-6456-4100 FAX 03-6456-4101

担当営業

受付日	20 年 月 日	コンサル日 (レポート要請日)	20 年 月 日	オペ日 (試適日)	20 年 月 日
ひらがな 医院名	医 院 所在地		ふりかな 患者名		
電話番号	()	FAX	()	E-mail	

確認事項

- ※サージカルガイドは最短で製作依頼する場合、模型の到着から納品まで営業基準日で約10日(レポートは約5日)かかります。
- ※ デザイン完了後キャンセル及び受付から3ヶ月過ぎたケースにしましてはデザイン費用が請求される場合がございます。
- ※ OneFitとプロビはガイドの承認後から中8日で納品されます。
(即時荷重の場合ガイドのデザイン承認後から中8日となります)
- *営業日基準
*納品日のご相談の際、上記所要期間をご参考お願いいたします。
*OneFitはオステムのカスタムアバットメントの製品名です。
- ※ IOSデータでのご依頼の際、製作金額が変わりますので
詳細内容は担当営業までにお問い合わせをお願いいたします。
- ※*1Temporaryカット：1本 別途料金 + 500円
(チェックがない場合はカット納品)
- ※Team viewerのご予約はレポートお送り後の予約制とさせていただきます。
事前ご予約はお断いたします。

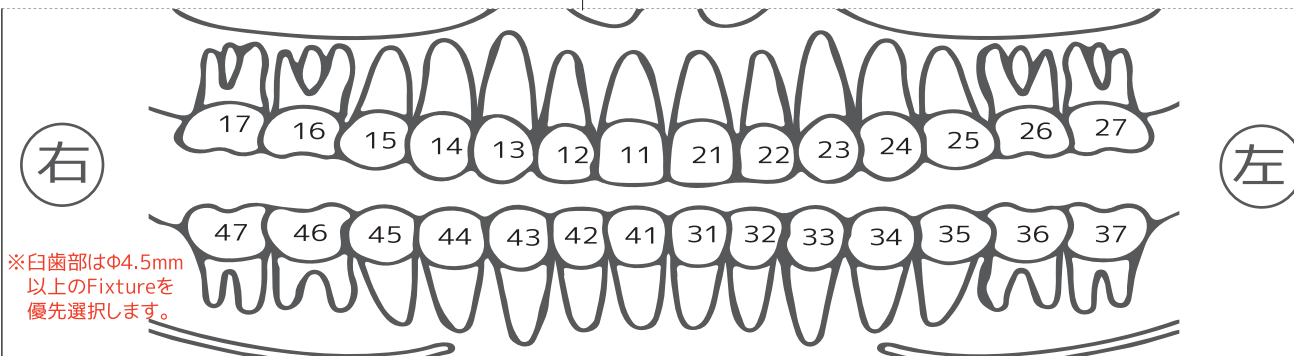
ご依頼内容 (下記項目の中、該当依頼内容に ☒ チェック)



- ☐ ① サージカルガイドのみ
- ☐ ② サージカルガイド ⊕ Temporary ABT ⊕ プロビ (即時荷重)
- ☐ ③ サージカルガイド ⊕ OneFit ⊕ プロビ (即時荷重)
- ☐ ④ CT撮影用 マッチングガイド
- ☐ Temporary ABT カット *1

データ種類	
<input type="checkbox"/> 石膏模型	<input type="checkbox"/> 口腔スキャンデータ
Connection Type	
<input type="checkbox"/> HEX	<input type="checkbox"/> Non HEX

手術 部位

隣の図で▶
手術部位に
☒ チェック



インプラントの仕様		フラップ	() 開ける。・ () 開けない。		サイナス	サイナス予定 () あります。・ () ありません。 OneCas Kit 使用 () します。・ () しません。		GBR	() 予定あります。 () 予定ありません。	
Fixture ※ご希望のFixture 仕様は骨の状況に よって変わります。 ※ご希望の仕様は ○をチェック	前歯	MS	直径	<input type="checkbox"/> Ø2.0 ・ <input type="checkbox"/> Ø2.5 ・ <input type="checkbox"/> Ø3.0	長さ	8.5 ・ 10 ・ 11.5 ・ 13				
		ETIII&ETIV	直径	<input type="checkbox"/> Ø3.0 ・ <input type="checkbox"/> Ø3.5 ・ <input type="checkbox"/> Ø4.0 ・ <input type="checkbox"/> Ø4.5 ・ <input type="checkbox"/> Ø5.0	長さ	7.0 ・ 8.5 ・ 10 ・ 11.5 ・ 13				
	小白歯	ETIII&ETIV	直径	<input type="checkbox"/> Ø3.5 ・ <input type="checkbox"/> Ø4.0 ・ <input type="checkbox"/> Ø4.5 ・ <input type="checkbox"/> Ø5.0	長さ	7.0 ・ 8.5 ・ 10 ・ 11.5 ・ 13				
	大白歯	ETIII&ETIV	直径	<input type="checkbox"/> Ø3.5 ・ <input type="checkbox"/> Ø4.0 ・ <input type="checkbox"/> Ø4.5 ・ <input type="checkbox"/> Ø5.0	長さ	7.0 ・ 8.5 ・ 10 ・ 11.5 ・ 13				
ガイドホルルのタイプ		※ ¹ ガイドホルルのタイプを選んでください。(該当内容に <input checked="" type="checkbox"/> チェック) ※ ガイド制作依頼の顧客のみご記入								
 Close Type		小白歯	<input type="checkbox"/> Close ・ <input type="checkbox"/> Open (<input type="checkbox"/> 唇側 ・ <input type="checkbox"/> 舌側)							
 Open Type		大白歯	<input type="checkbox"/> Close ・ <input type="checkbox"/> Open (<input type="checkbox"/> 唇側 ・ <input type="checkbox"/> 舌側)							
備考		※抜歯予定がある場合は記載をお願いいたします。								

OSSTEM JAPAN Digital Center

TEL 03-6456-4100

FAX 03-6456-4101

メール oneguide.japan@gmail.com

〒141-0021

東京都品川区上大崎4丁目5-37

本多電機ビルB1F

OSSTEM
DIGITAL
CENTER

X OSSTEM[®]
IMPLANT

※ 本オーダーシートは歯科技工所の技工指示書ではありません。

営業時間 平日9時~18時

※ ガイドシミュレーションでお知らせした内容以外の臨床処置で発生したオペ失敗は弊社での対応及び責任はいたしかねます。ご理解ご了承くださいますようお願い申し上げます。