



Narita Dental Co.,Ltd.

WBG MARIVE WEST 21F 2-6-1 NAKASE,MIHAMA-KU, CHIBA, 261-7121, JAPAN  
Tel:+81-43-213-8718 Fax:+81-43-213-8223  
E-mail: t-shimizu@narita-d.co.jp

# Instruction Sheet



Clinic Code Number 歯科医院コード番号	Instruction Sheet Number 指示書番号	Enclosing 同梱物
Clinic/Hospital Name : 医院/診療所名	Patient Name: 患者氏名	<input type="checkbox"/> Antagonist 対合 <input type="checkbox"/> Bite バイト <input type="checkbox"/> Tray トレー <input type="checkbox"/> Study Model スタモ <input type="checkbox"/> Articulator 咬合器 <input type="checkbox"/> Other その他 ( ) <input type="checkbox"/> PTO 写真 Email photos with Dr. and patient name in the subject line to: t-shimizu@narita-d.co.jp (Use reverse for additional instructions)
Address : 住所	Sex: 性別 <input type="checkbox"/> Male 男 <input type="checkbox"/> Female 女 Age: 年齢	

Signature by Dental Practitioner 歯科医師署名

Dental Practitioner hereby certifies all the instructions are mentioned in this Instruction Sheet.  
(歯科医師は全ての指示が本指示書内に述べられたことをここに認める)

Date 日付: Day 日 / Month 月 / Year 年

## Metal Frame(TAKUMI Quality only) 匠 金属床

Upper 上顎 Co-Cr Framework Only コバルト床フレームのみ Co-Cr Framework+Bite Block コバルト床フレーム+咬合床  
Lower 下顎

TAKUMI Quality	Standard Quality
<input type="checkbox"/> Porcelain Fused to Zr. (Noritake KATANA) ジルコニアセラミックレイヤリング <input type="checkbox"/> e.max <input type="checkbox"/> Nature α (Monolithic Zr.)	<input type="checkbox"/> Porcelain Fused to Zr. (Noritake KATANA) ジルコニアセラミックレイヤリング <input type="checkbox"/> e.max <input type="checkbox"/> Nature α (Monolithic Zr.) <input type="checkbox"/> Nature SHT (Monolithic Zr. Super High Translucency) <input type="checkbox"/> Porcelain Fused to Metal メタルボンド <input type="checkbox"/> Precious プレシャス <input type="checkbox"/> Semi Precious セミプレシャス <input type="checkbox"/> Non-Precious ノンプレシャス

Crown & Bridge クラウン&ブリッジ

Crown クラウン Bridge ブリッジ Veneer ラミネートベニア  
Inlay インレー Onlay オンレー

Design of Finishing Line フィニッシングラインの設計

Full porcelain フルポーセレン Lingual Metal フルベーク Occlusal Metal 咬合面メタル 360° Metal 360°メタル [ mm]

Margin Type マージンタイプ

Porcelain Margin ポーセレンマージン Yes はい No いいえ

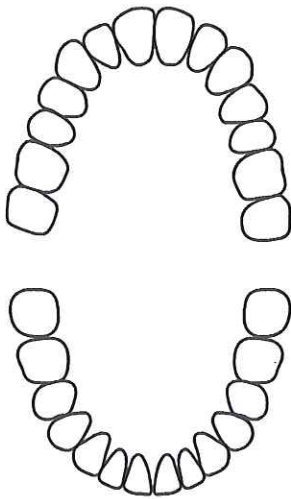
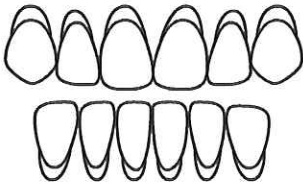
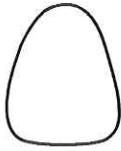
Pontic Design ボンティック <input type="checkbox"/> Modified Ridge Lap リッジラップ <input type="checkbox"/> Ovate オバート <input type="checkbox"/> Full Ridge 鞍状型 <input type="checkbox"/> No Contact 離底型 <input type="checkbox"/> Point Contact 船底型	Proximal Contact 隣接面接触 <input type="checkbox"/> Broad 面接触 <input type="checkbox"/> Point 点接触
	Occulusal Contact 咬合面接触 <input type="checkbox"/> Heavy 強 <input type="checkbox"/> Light 弱 <input type="checkbox"/> Open 開
	Embrasure エンブレジャー <input type="checkbox"/> Close 閉 <input type="checkbox"/> Open 開 (How much [ mm])
	Stain ステイン <input type="checkbox"/> No Stain 無 <input type="checkbox"/> Stain 有 (Color: )
	Removal Knob リムーバルノブ <input type="checkbox"/> None 無 <input type="checkbox"/> Mesial 近心 <input type="checkbox"/> Distal 遠心

(Use reverse for additional instructions)

# Instructions

Shade, Design Tooth Selection

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38



Dental Technician hereby certifies all the dental product is made in accordance with this Instruction Sheet.  
(歯科技工士は、歯科技工物が本指示書に基づき製作されたことをここに証明する。)

Lab Name 技工所名:

Signature by Dental Technician 技工士署名:

Address 住所:

Date 日付: Day 日 / Month 月 / Year 年