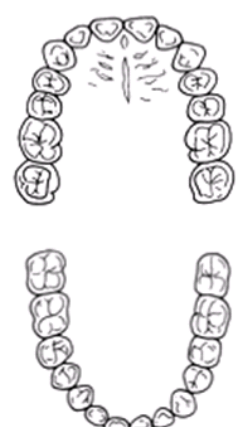



補てつ物管理票
 <Dental prosthesis label for the traceability>

<資料>

1	発行(委託)日 【date of order】			患者名/カルテ番号等 【name of patient/case-record No.】																																	
	歯科医療機関名 【name of clinic】			歯科医師名 【name of dentist】	印 signature																																
	歯科医療機関住所 【address of clinic】	〒<zip>		電話番号 【phone】																																	
	補てつ物名 【type of prosthesis】																																				
	使用材料名等 【name of materials】	製品名 【name of product】	製造販売業者名 【name of manufacture / distributor】		使用材料名 【names of materials】																																
		1																																			
		2																																			
		3																																			
		4																																			
	設計及び作成方法 【Instruction for design and fabrication】	<by FDI Two-Digit Notation> <table border="1" style="display: inline-table; margin-right: 20px;"> <tr> <td>18</td><td>17</td><td>16</td><td>15</td><td>14</td><td>13</td><td>12</td><td>11</td> <td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td> </tr> <tr> <td>48</td><td>47</td><td>46</td><td>45</td><td>44</td><td>43</td><td>42</td><td>41</td> <td>31</td><td>32</td><td>33</td><td>34</td><td>35</td><td>36</td><td>37</td><td>38</td> </tr> </table>   <備考:remarks>					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
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																					
委託先名 【name of commission】			担当者名 【name of personnel contact】																																		
委託先住所 【address of commission】	〒<zip>		電話番号 【phone】																																		
2	歯科技工所等名 【name of laboratory】			作業責任者名 【name of supervisor】	印 signature																																
	歯科技工所等住所 【address of laboratory】	〒<zip>		電話番号 【phone】																																	
	受取日 【date received】		最終確認日 【date finally evaluated】		発送日 【shipping date】																																
	作業内容 【working】	作業日 【date of working】	作業内容 【working】																																		
	使用材料名等 【name of materials】	使用材料の組成 【composition of materials】		認証番号等 【approval num.】	ロット番号/製造番号等 【lot num. / serial num.】																																
		1																																			
2																																					
3																																					
4																																					
特記事項 【special remarks】																																					
1	納品日 【date returned】			歯科医師名 【name of dentist】	印 signature																																
	特記事項 【special remarks】																																				

- *1 1は歯科医療機関が、2は歯科技工所等が記入すること。なお、書ききれない場合は複写して2枚目以降に添付すること。
 Dentists have to fill all the necessary items in the section 1 (clinic part). The workers in the first laboratory, in the section 2 (laboratory part).
 In case that additional label is needed, fill necessary items in the copy of this label.
- *2 歯科医療機関記入欄については、歯科技工指示書等の写しを裏面に添付しても差し支えない。
- *3 歯科技工所等記入欄については、歯科技工録の写し等を裏面に添付しても差し支えない。
 Instead of section 2, laboratory record of dental prosthesis is available.
 In that case, please attach the copy to the back of this label.
- *4 使用材料(使用材料の組成等)に関する書類は裏面に添付すること。
 Please attach any documentation regarding the materials (composition of materials) to the back side of this label.