

Patient (Family Name) 患者名(姓) _____

Orthodontic Practice 医院名 _____

Patient (First Name) 患者名(名) _____

Orthodontist 矯正歯科医師名 _____

Patient Code 患者番号 _____

Address / Postcode 郵便番号 _____

Delivery Due 納品日 年 月 日 (AM/PM)

Address / Country 住所 _____

Setting Date セット日 年 月 日 (AM/PM)

Email/メール _____

Phone/電話 _____

In your country the transfer of personal health data to a laboratory may be subject to legal restrictions, e. g. written patient consent.

Please fully complete the treatment plan (in the red box) 詳細な治療計画を(赤枠内)に英語でご記入ください。

株式会社アソインターナショナル
ASO International, Inc
E-mail: ais@asointer.com

[Important Notes Regarding Setup Review]
Please review and approve the setup within 3 days.
Please note that delays in setup approval may result in extended production and delivery times.
【セットアップのご確認についての注意】
セットアップのご確認は3日以内でお願いします
確認が遅くなると納期も延びますのでご注意ください

Arch to be bonded ブラケット装置 MAX 上顎 MDB 下顎
Setup セットアップ MAX 上顎 MDB 下顎

Tray and Type of Setup Model トレーの材質とセットアップの種類

Clear Precision Tray クリアプレジジョントレー(透明) Only with Digital Setup デジタルセットアップのみご注文可能

Finishing class 仕上げ 12 11 21 22 Stripping MAX ストリッピング(上顎) essential mm 必要
Right 右側 / Left 左側 13 23 yes, if necessary 必要に応じて
Molar 犬歯 14 24 no stripping 不要
Canine 犬歯 15 25
16 26
17 27
18 28

B: Bracket ブラケット T: Tube チューブ H: Huck フック

Customized Band カスタマイズドバンド (Please mark with a double circle @.)
Occlusal Pad オクルーガルパッド (Please indicate the area where the pad is required.)

R PB: Bridge or Linked Crownブリッジor連結クラウン L
Xc: Missing Tooth, Space Closure 欠損、空隙閉鎖 Ex: Tooth extraction, Space Closure 抜歯、空隙閉鎖
Xo: Missing Tooth, Space Retention 欠損、空隙保持 Eo: Tooth extraction, Space Retention 抜歯、空隙保持

Stripping MDB ストリッピング(下顎) essential mm 必要
yes, if necessary 必要に応じて
no stripping 不要

Remarks (特記事項: 上顎)

Bracket series	Extras		
MAX	3BP	TH	T
Ribbonwise/VH			

3BP: Bite Plane (Upper and Lower Canines Only) バイトプレーン(上下顎両側3番のみ)
TH: Tube hook チューブフック
T: Tube チューブ

TPA Fabrication TPAの製作
 Required (Fabricated and supplied by ASO) 要(ASOで製作・納品)
 Not Required 不要

Bracket series	Extras		
MDB	3-3SL	TH	T
Ribbonwise/VH			

Remarks (特記事項: 下顎)

Set of archwires MAX			
	Wires required (please tick)	straight lat.sec.	indiv. lat.sec.
SE NITI	12 Ø		
	14 Ø		
	16 Ø		
	16 x 22		
	17 x 25		
Steel	16 x 22		
	16 x 22 ET*		
	16 x 24		
	16 x 24 ET**		
	18 x 25		
Beta/Titanium	18 x 25 (red.)		
	17,5 x 17,5		
	17 x 25		
	18,2 x 18,2		
	18,2 x 25		

ET*: Extra torque of 15° on 11/21 15度トルク入り(部位: 上顎両側中切歯)
ET**: Extra torque of 13° on 3-3 13度トルク入り(部位: 上顎6前歯)
red.: Laterally reduced 側方歯群リデュース

Set of archwires MDB			
	Wires required (please tick)	straight lat.sec.	indiv. lat.sec.
SE NITI	12 Ø		
	14 Ø		
	16 Ø		
	16 x 22		
	17 x 25		
Steel	16 x 22		
	16 x 24		
	18 x 25		
	18 x 25 (red.)		
	17,5 x 17,5		
Beta/Titanium	17 x 25		
	18,2 x 18,2		
	18,2 x 25		

Stamp, date and signature 日/月/年および署名を直筆でご記入ください

Five archwires are included for full-arch treatment from 7 to 7.
Four archwires are included for 4-4 arch treatment.
Additional archwires are subject to an additional fee.

7-7のフルアーチに5種類のワイヤーが付属します
4-4のアーチには4種類のワイヤーが付属します
追加のワイヤーは有料になります

※ I accept the General Terms of Sale covered overleaf. 取引条件の承諾の上注文します。