

1 院名 アソ歯科医院 Setup Check E-Mail: aso@xxxx.co.jp

(フリガナ) シンフォニー イチロウ <休診日> 印 日 月 火 水 木 金 土 日

患者名 シンフォニー 一郎 25 歳 3 ヶ月 男 女

納期指定日: 20xx 年 xx 月 xx 日 装着日: 20xx 年 xx 月 xx 日

送付資料 模型 上・下 Bite Bracket Other ()

2 BRACKET

シンフォニープラン (※ASO で用意) ※7-7 が基本セットになります。5-5 でご希望の場合は右欄に☑してください。 6・7番なし

<input checked="" type="checkbox"/> 5+5 クイックリアー (セルフライゲーション) + 76 67 クイックモラー	<input checked="" type="checkbox"/> タイプ ロス <input type="checkbox"/> IMBT [スロット] 018 <input type="checkbox"/> 022 [フック] ■フック有	<input type="checkbox"/> 5+5 グラム + 76 67 バックアルチューブ	<input type="checkbox"/> タイプ ロス <input type="checkbox"/> IMBT [スロット] 018 <input type="checkbox"/> 022 [フック] □有 <input type="checkbox"/> 無
--	---	--	--

ブラケット 医院支給 (ブラケットをご送付ください) ブラケット () 部位 ()

3 SET UP PARAMETERS

SET UP

CBCT(DICOM) データと歯根連動した Setup
※DICOM データをアソオーダーシステムよりお送りください。
※DICOM データと口腔内スキャンデータは同時期のもので
ご利用ください。

デジタル Setup (歯冠のみ)

ARCH SHAPE

Maintain patient arch shape
OTHER
(Specify Vender and Arch Form)

注意:アーチの幅は、下顎の 6 番中心でお測りください。
その他のご指示は、中央の咬合面図にお書きください。

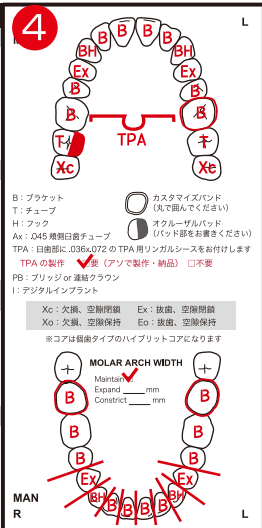
FINISHING CLASS (丸をお付けください)

RIGHT	LEFT
CUSPID Maintair 1 2 3	CUSPID Maintair 1 2 3
MOLAR Maintair 1 2 3	MOLAR Maintair 1 2 3
OVERBITE <input type="checkbox"/> Ideal <input checked="" type="checkbox"/> Increase <u>1</u> mm <input type="checkbox"/> Reduce <u> </u> mm	

STRIPPING/IPR

MAXILIARY No If necessary Yes mm

MANDIBUIAR No If necessary Yes 0.1 mm



5 WIRE SELECTION

場合はお選びください。
ワイヤー 上下各 10 本計 20 本は
基本料金に含まれます。(追加は別料金)

type	size	Max	Man
NI-TI	.012	1	1
	.014	1	1
	.016	1	1
	.018	1	1
	.016x.016	1	1
	.016x.020	1	1
	.016x.022	1	1
	.017x.017	1	1
	.017x.022	1	1
	.017x.024	1	1
SS	.018x.018	1	1
	.018x.022	1	1
	.018x.025	1	1
	.021x.025	1	1
	.018x.020	1	1
	.018x.022	1	1
	.017x.022	1	1
	.018x.018	1	1
	.018x.022	1	1
	.018x.025	1	1
Beta	.021x.025	1	1
	.018x.016	1	1
	.016x.022	1	1
	.018x.018	1	1

印象・模型・指示書送り先

株式会社アソインターナショナル
〒104-0061 東京都中央区銀座 2-1-18
TEL: 03-3547-0471

データ送り先
アソインターナショナル HP (http://www.aso-inter.co.jp) の
「アソオーダーシステム」よりご送付ください
※模型、指示書、データご送付後、弊社にて確認の上製作を進めさせていただきます。

6 ご署名 アソ 太郎

日付: 20xx 年 xx 月 xx 日

7

上下左右 3 番のブラケット位置	() mm ※ハイトの目安として
上下左右 6 番のブラケット位置	() mm ※ハイトの目安として
上下左右 7 番のブラケット位置	() mm ※ハイトの目安として
オーバーコレクションの有無	A. 有 (備考欄に指示内容をご記入下さい) B. 無
ブラケットが対合と干渉する時	A. バイトアップ可能 B. 干渉部位は製作しない C. 干渉改善後に製作 D. 全体的に深くし、それでも当たってしまう箇所はチャートに記入
歯冠長が足りない時	A. チューブ等ブラケットの変更 B. 歯肉切除 (可能量 mm) C. パーティカルステップで対応 D. 製作無し
補綴物が大きい等でベースレジンが厚くなる場合	A. ベース厚くなって OK B. ベンドを付与 C. 製作無し
咬耗の歯牙はどうか	A. 後日補綴にする為、想定して製作 B. 現状の歯牙で進める
乳歯はどうか	A. スペースを開けて製作 (スペース mm) B. 現状の歯牙で進める
ベースレジンの種類	A. コモンベースレジン B. その他 ()
CT メーカー	メーカー名: モデル名:

1 基本情報

医院名・Eメールアドレス・患者名は必ずご記入をお願いいたします。

- ・医院名: 納品先とご請求先が異なる場合は必ずお知らせください。
- ・Eメールアドレス: ご連絡、セットアップチェック用に必要となります。
- ・患者名: フリガナは必ずカタカナでご記入ください。

2 BRACKET

シンフォニープランまたはブラケット医院支給いずれかを選び、チェック☑してください。

- ・シンフォニープラン

3種類からご選択の上チェック☑ください。ご希望のブラケットタイプ、スロット、フックにもチェック☑してください。

※5-5 をご希望の場合は「6・7番なし」に必ずチェック☑してください。

- ・ブラケット医院支給をご選択の場合は、ブラケットをご用意いただき弊社までお送りください。

3 SET UP PARAMETERS

各項目にてご指示いただく内容を必ずご記入ください。

4

上下にご指示内容をご記入ください。

- ・Ext 部位をご記入ください。
- ・フックを付ける場合: 「BH」とご記入ください。
- ・オクルーザルパッド: パッド部を塗りつぶしてください。
- ・カスタマイズバンド: ◎で囲んでください。
- ・TPA 製作: 要/不要いずれかにチェック☑してください。
※TPA 弊社製作の場合は口蓋のある印象が必要です。

5 WIRE SELECTION

必要なワイヤーをご選択ください。

6 ご署名

先生のサインとご記入日をご署名ください。

7 確認事項 (指示書裏面)

各項目の選択、ご記入をお願いいたします。