

必要事項を黒または青のペンで全て英語でご記入ください

Patient (Family Name) 患者名(姓) \_\_\_\_\_

Patient (First Name) 患者名(名) \_\_\_\_\_

Patient Code 患者番号 \_\_\_\_\_

納品日 年 月 日 (AM/PM) \_\_\_\_\_

セット日 年 月 日 (AM/PM) \_\_\_\_\_

Orthodontic Practice 医院名 \_\_\_\_\_

Orthodontist 矯正歯科医師名 \_\_\_\_\_

Address / Postcode 郵便番号 \_\_\_\_\_

Address / Country 住所 \_\_\_\_\_

Phone 電話 \_\_\_\_\_

Email メール \_\_\_\_\_

Country \_\_\_\_\_

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。

Arch to be bonded  MAX 上顎  MDB 下顎

Setup  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 (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  
Right 右側 / Left 左側  
Molar 大臼歯  
Canine 犬歯

**B:ブラケット T:チューブ H:フック**

カスタマイズバンド (二重丸で囲んでください)  オクルーザルパッド (パッド部をお書きください)

**PB:ブリッジor連結クラウン I:デンタルインプラント**

**Xc: 欠損、空隙閉鎖 Ex: 抜歯、空隙閉鎖**  
**Xo: 欠損、空隙保持 Eo: 抜歯、空隙保持**

Remarks (特記事項: 上顎)

Bracket series	Extras		
MAX	3BP	TH	T
RibbonwiseVH			

3BP=バイトプレーン(上下顎両側3番のみ)  
TH=チューブフック  
T=チューブ

Bracket series	Extras		
MDB	3-3SL	TH	T
RibbonwiseVH			

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

ET\*\* = 13度トルク入り(部位:上顎6前歯)  
red.= 側方歯群リデュース  
■ = 取り扱い無し

TPAの製作口要(ASOで製作・納品)  不要

Bracket series	Extras		
MDB	3-3SL	TH	T
RibbonwiseVH			

Remarks (特記事項: 下顎)

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

※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  
※追加ワイヤーは有料になります

**【セットアップのご確認についてのご注意】**  
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。

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

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

※ Authorization Disclose: As the Data Controller for this patient, I hereby authorize Solventum to share the documents related to this order with ASO, for the purpose of production and delivery. This authorization is given in accordance with applicable data protection laws and reflects our approval for the processing and transfer of relevant patient data for the purpose of device manufacture and order fulfillment

※本患者のデータ管理者として、私は、製造および納品の目的で本注文関連の書類をアソインターナショナル社と共有することをSolventum社に正式に許可します。この許可は、適用されるデータ保護関連法規に準拠しており、医療機器の製造と注文履行を目的とした、関連する患者データの処理および移転に対する私の承認を明確に示すものです。