

医院名

Setup Check
E-Mail:

(フリガナ)

患者名

歳 月 日 男・女

<休診日>

日 月 火 水
木 金 土

納期指定日: 年 月 日 装着日: 年 月 日

送付資料 ☐ 模型 上・下 ☐ Bite ☐ Bracket ☐ Other ()

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 ☐

☐	$\frac{5}{5} \sim \frac{5}{5}$ クイックリアー (セルフライゲーション) + $\frac{76}{76} \sim \frac{67}{67}$ クイックモラー	【タイプ】 ☐ ロス ☐ MBT 【スロット】 ☐ .018 ☐ .022 【フック】 ☒ フック有
--------------------------	---	---

☐	$\frac{5}{5} \sim \frac{5}{5}$ グラム + $\frac{76}{76} \sim \frac{67}{67}$ バッカルチューブ	【タイプ】 ☐ ロス ☐ MBT 【スロット】 ☐ .018 ☐ .022 【フック】 ☐ 有 ☐ 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 ()

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を
ご用意ください。☐ デジタル Setup(歯冠のみ)

ARCH SHAPE

Maintain patient arch shape ☐OTHER ☐

(Specify Vender and Arch Form)

注意: アーチの幅径は、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

CUSPID Maintain 1 2 3

MOLAR Maintain 1 2 3

OVERBITE ☐ Ideal ☐ Increase ___mm ☐ Reduce ___mm

LEFT

CUSPID Maintain 1 2 3

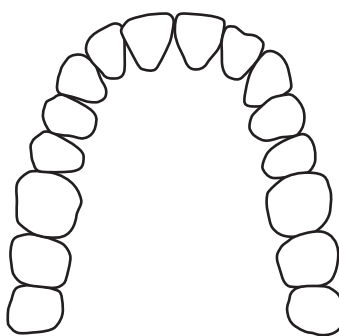
MOLAR Maintain 1 2 3

STRIPPING/IPR

MAXILIARY

☐ No ☐ If necessary ☐ Yes ___mm

MANDIBUIAR

☐ No ☐ If necessary ☐ Yes ___mmR
MAX

B: ブラケット

T: チューブ

H: フック

Ax: .045 頬側白歯チューブ

TPA: 白歯部に .036x.072 の TPA 用リングルシースをお付けします

TPA の製作 ☐ 要 (アソで製作・納品) ☐ 不要

PB:ブリッジor 連結クラウン

I: デジタルインプラント

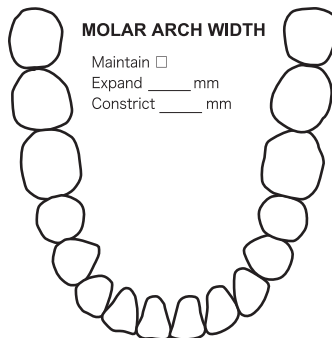
Xc: 欠損、空隙閉鎖

Ex: 抜歯、空隙閉鎖

Xo: 欠損、空隙保持

Eo: 抜歯、空隙保持

※コアは個歯タイプのハイブリットコアになります

MAN
R

L

WIRE SELECTION

・5-5 の場合はお選びください。
ワイヤー ☐ 要 ☐ 不要
・ワイヤー上下顎各 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		
	.014		
	.016		
	.018		
	.016x.016		
	.016x.020		
	.016x.022		
	.017x.017		
	.017x.022		
	.017x.024		
SS	.018x.018		
	.018x.022		
	.018x.025		
	.021x.025		
	.016x.020		
Beta	.016x.022		
	.017x.022		
	.018x.018		
	.018x.025		
	.021x.025		

確認事項

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
咬耗の歯牙はどうするか	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
乳歯はどうするか	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 ※2 回目以降のご発注の場合はご記入不要です。	メーカー名 : モデル名 :

<備考欄>

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 2-11-8

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。

ご署名

日付： 年 月 日