

Required Records

File or Printing of Panoramic X-Ray

Arch treated with HARMONY

PVS/Silicone Impression Upper

PVS/Silicone Impression Lower

Bite Registration

Arch NOT Treated with HARMONY

Silicone OR Plaster Upper

Silicone OR Plaster Lower

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 リンガルテックセンター

〒104-0061 東京都中央区銀座2-11-8 第22中央ビル6F

TEL: 03-3547-0471 FAX: 03-3547-0475

URL: http://www.aso-inter.co.jp E-mail: aso@aso-inter.co.jp

Patient (Family Name) \_\_\_\_\_ (First Name) \_\_\_\_\_ (Patient Code) \_\_\_\_\_ (Patient Age) \_\_\_\_\_

Orthodontic Practice \_\_\_\_\_ Orthodontist \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_ Country \_\_\_\_\_

Contact (Tel) \_\_\_\_\_ (Fax) \_\_\_\_\_ (E-mail) \_\_\_\_\_

Date of Bonding \_\_\_\_\_ Desired Delivery Date \_\_\_\_\_ Regular Holiday \_\_\_\_\_

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

**TREATED ARCH**

**MAXILLARY**

HARMONY  Labial  No Treatment

**MANDIBULAR**

HARMONY  Labial  No Treatment

※必ずいずれかをお選びください。

**TRAY PREFERENCE**

SILICONE (Transparent) Recommended by Harmony

VACUUM MOLDED (Thermoplastic)

**SET UP PARAMETERS**

**ARCH SHAPE**

Optimized by HARMONY

Maintain patient arch shape

MBT\*  Squared  Tapered  Ovoid

SPEED\*  Small  Medium  Large

DAMON\*

OTHER  \_\_\_\_\_  
(Specify Vendor and Arch Form)

注意: アーチの幅径は下顎の臼歯部分でお測りください。  
その他の指示は、中央の咬合面図にお書きください。  
\*Brands not endorsed by HARMONY

**FINISHING CLASS**  
(マルをお付けください。)

RIGHT LEFT

CUSPID Maintain 1 2 3 CUSPID Maintain 1 2 3

MOLAR Maintain 1 2 3 MOLAR Maintain 1 2 3

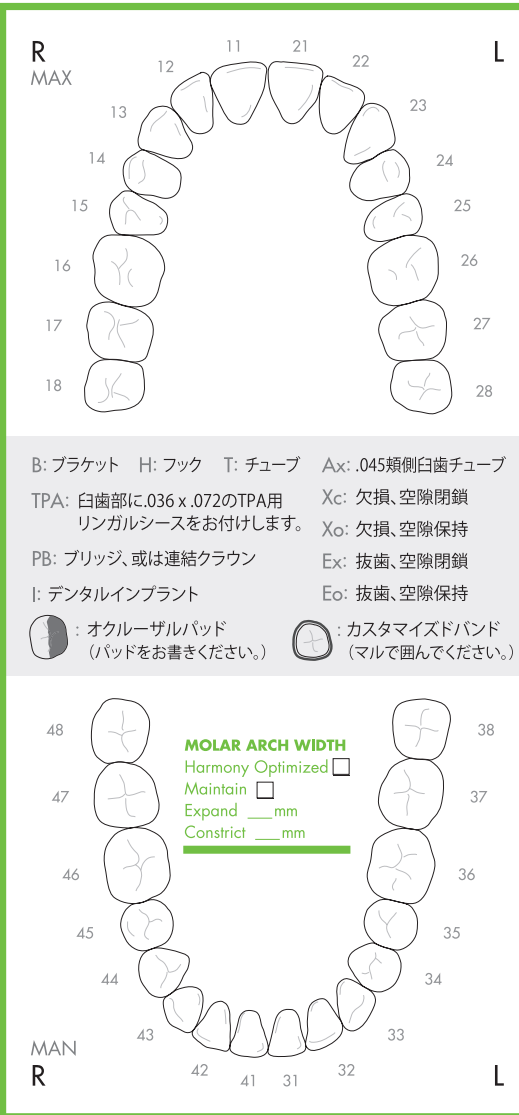
OVERBITE  Ideal  Increase \_\_\_ mm  Reduce \_\_\_ mm

**STRIPPING/IPR**

MAX  No  If necessary  Yes \_\_\_ mm

MAN  No  If necessary  Yes \_\_\_ mm

Stripping  Finishing class



**Robotically Customized Wires and Appliance Design** ※1裏面をご参照ください。

**HARMONY DESIGN**

1. Optimized (Recommended)  MAX  MAN

2. Close Fit  MAX  MAN

3. Straight Wire  MAX  MAN

4. Mushroom Type I  MAX  MAN

5. Mushroom Type II  MAX  MAN

**TRADITIONAL DESIGN**

6. Straight Wire  MAX  MAN

7. Mushroom Type I  MAX  MAN

8. Mushroom Type II  MAX  MAN

9. Other  MAX  MAN  
(Specify in Remarks)

**Wire Selection**

•7-7のフルアーチには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となります。

Type	Recommended in All Cases	Max	Man
Ni-Ti	.012 (2本)		
Ni-Ti	.014 (2本)		
Ni-Ti	.016 x .016		
Ni-Ti	.016 x .022		
Ni-Ti	.018 x .025		

追加のワイヤーをお選びください。  
フルアーチの場合、合計5種類までお選びください。

Type	Other Available Wires	Max	Man
SS	.016 x .022		
SS	.017 x .022 Recommended		
SS	.018 x .025 <sup>1</sup>		
SS	.018 x .025 Reduced <sup>2</sup>		
Ni-Ti	.016		
Ni-Ti	.017 x .017		
Ni-Ti	.017 x .022		
Beta	.016 x .016		
Beta	.016 x .022		
Beta	.018 x .025		

注1: このワイヤーは.022 x .028ダブルチューブ(DT)の  
オグジリアリーチューブにのみお使いください。

注2: .018 x .025 SSワイヤーはスライディングを良好に  
するため、小臼歯以降が細くなっています。

特記事項: 出来るだけ英文でお書きください。

※裏面にセットアップに関する記入事項が御座います。必ずご記入ください。

裏面に記載された条件に合意し、個人輸入代行を依頼します。

ご署名 \_\_\_\_\_

日付: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

