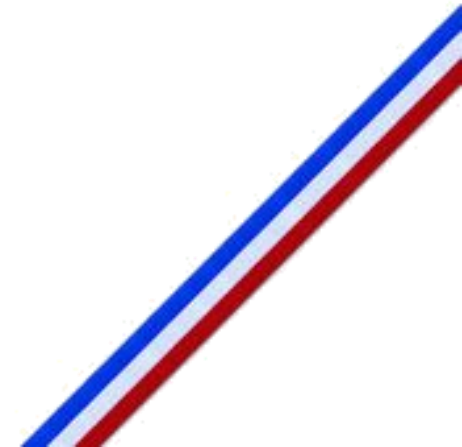




ハーモニー・システム セットアップ指示書・装置デザイン指示書 記入要領



HARMONY
Design your smile

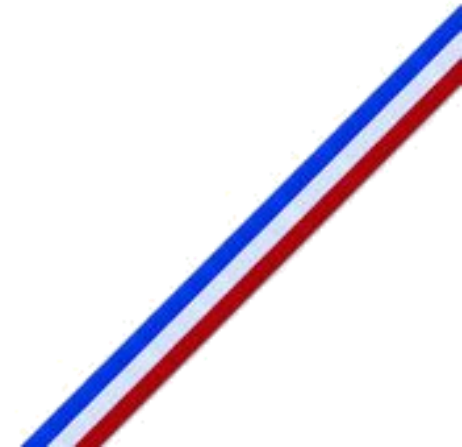




セットアップ指示書



HARMONY
Design your smile



セットアップ指示書



セットアップ指示書

医院様名: _____

お電話番号: _____ 患者名: _____

1. 抜歯部位 (抜歯および先欠部位には×をお付けください。)

右	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	左
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	

2. 最終咬合位 (アングルの分類)

	右			左		
犬歯	I	II	III	I	II	III
臼歯	I	II	III	I	II	III

3. トルク/アンギュレーション 前回と同じ、トルク/アンギュレーションで。(ハーモニーシステムでご注文実績のある先生に限ります。)

上顎	UR7	UR6	UR5	UR4	UR3	UR2	UR1	UL1	UL2	UL3	UL4	UL5	UL6	UL7
Tq														
Ang														
下顎	LR7	LR6	LR5	LR4	LR3	LR2	LR1	LL1	LL2	LL3	LL4	LL5	LL6	LL7
Tq														
Ang														

(ハーモニーのセットアップはアイデアルでオーバーコレクションは必要とされていません。)

4. スペースの確保

ブリッジ、インプラント、未萌出歯、埋伏小歯などのスペース確保が必要な場合に、部位を○で囲み、必要なスペースをmm単位でご記入ください。

右	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	左
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	

5. ストリッピング

ストリッピングしたい部位の枠内に近遠心側別にmm単位でご記入下さい。

右	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	左

6. ご希望のセットアップのご確認方法

- 郵送 (装置デザイン指示書に記載したご住所と違う場合: _____)
- Eメール (装置デザイン指示書に記載したEメールアドレスと違う場合: _____)
- チェック不要
- * 受信日の翌日にご発送頂けますようお願い申し上げます。

7. 備考・特記事項

ハーモニー・ジャパンでは装置設計・製造の元となるセットアップを、国内最大の矯正専門ラボであるASOインターナショナル様にお願いしております。

「セットアップ指示書」はASOインターナショナル様でセットアップをして頂くために、ASOインターナショナル様にご準備くださった指示書です。

ASOインターナショナル様に初めてセットアップをお願いする先生方には、特に初回は詳細をご記入頂く必要がございます。

抜歯部位、最終咬合位



セットアップ指示書

医院様名: _____

お電話番号: _____ 患者名: _____

1. 抜歯部位 (抜歯および先欠部位には×をお付けください。)

右	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	左
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	

2. 最終咬合位 (アングルの分類)

	右			左		
犬 歯	I	II	III	I	II	III
臼 歯	I	II	III	I	II	III

3. トルク/アンギュレーション 前回と同じ、トルク/アンギュレーションで。(ハーモニーシステムでご注文実績のある先生に限ります。)

上顎	UR7	UR6	UR5	UR4	UR3	UR2	UR1	UL1	UL2	UL3	UL4	UL5	UL6	UL7
Tq														

医院様名: **ファミリー矯正歯科**

お電話番号: **03-3812-1000**

患者名: **星野 晶子**

1. 抜歯部位 (抜歯および先欠部位には×をお付けください。)

右	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	左
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	

2. 最終咬合位 (アングルの分類)

	右			左		
犬 歯	I	II	III	I	II	III
臼 歯	I	II	III	I	II	III

抜歯、先欠部位に×印をお付けください。

ご希望の最終咬合位を○で囲んでください。

トルク/アンギュレーション



ASO International, Inc.
Orthodontic Laboratory
セットアップお問合せ先 電話: 03-3547-0471

セットアップ指示書

医院様名: _____
お電話番号: _____ 患者名: _____

1. 抜歯部位 (抜歯および先欠部位には×をお付けください。)

右	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	左
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	

2. 最終咬合位 (アングルの分類)

	右						左					
犬歯	I	II	III	I	II	III	I	II	III	I	II	III
臼歯	I	II	III	I	II	III	I	II	III	I	II	III

3. トルク/アンギュレーション 前回と同じ、トルク/アンギュレーションで。(ハーモニーシステムでご注文実績のある先生に限ります。)

上顎	UR7	UR6	UR5	UR4	UR3	UR2	UR1	UL1	UL2	UL3	UL4	UL5	UL6	UL7
Tq														
Ang														
下顎	LR7	LR6	LR5	LR4	LR3	LR2	LR1	LL1	LL2	LL3	LL4	LL5	LL6	LL7
Tq														
Ang														

(ハーモニーのセットアップはアイデアルでオーバーコレクションは必要とされていません。)

4. スペースの確保

ブリッジ、インプラント、未萌出歯、狭小歯などのスペース確保が必要な場合に、部位を○で囲み、必要なスペースをmm単位でご記入ください。

右	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	左
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	

3. トルク/アンギュレーション 前回と同じ、トルク/アンギュレーションで。(ハーモニーシステムでご注文実績のある先生に限ります。)

上顎	UR7	UR6	UR5	UR4	UR3	UR2	UR1	UL1	UL2	UL3	UL4	UL5	UL6	UL7
Tq	-10	-10	-7	-7	-7	+3	+7	+7	+3	-7	-7	-7	-10	-10
Ang	+5	+5	+2	+2	+11	+9	+5	+5	+9	+11	+2	+2	+5	+5
下顎	LR7	LR6	LR5	LR4	LR3	LR2	LR1	LL1	LL2	LL3	LL4	LL5	LL6	LL7
Tq	-35	-30	-22	-17	-11	-1	-1	-1	-1	-11	-17	-22	-30	-35
Ang	+2	+2	+2	+2	+5	+2	+2	+2	+2	+5	+2	+2	+2	+2

(ハーモニーのセットアップはアイデアルでオーバーコレクションは必要とされていません。)

ご面倒様ですが、初めてASOインターナショナル様にセットアップをお願いする先生には、トルク/アンギュレーションをご記入頂く必要がございます。

トルク/アンギュレーション



セットアップ指示書

医院様名: _____
 お電話番号: _____ 患者名: _____

1. 抜歯部位 (抜歯および先欠部位には×をお付けください。)

右	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	左
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	

2. 最終咬合位 (アングルの分類)

	右						左					
犬歯	I	II	III				I	II	III			
臼歯	I	II	III				I	II	III			

3. トルク/アンギュレーション 前回と同じ、トルク/アンギュレーションで。(ハーモニーシステムでご注文実績のある先生に限ります。)

上顎	UR7	UR6	UR5	UR4	UR3	UR2	UR1	UL1	UL2	UL3	UL4	UL5	UL6	UL7
Tq														
Ang														
下顎	LR7	LR6	LR5	LR4	LR3	LR2	LR1	LL1	LL2	LL3	LL4	LL5	LL6	LL7
Tq														
Ang														

(ハーモニーのセットアップはアイデアルでオーバーコレクションは必要とされていません。)

4. スペースの確保

ブリッジ、インプラント、未萌出歯、狭小歯などのスペース確保が必要な場合に、部位を○で囲み、必要なスペースをmm単位でご記入ください。

右	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	左
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	

3. トルク/アンギュレーション 前回と同じ、トルク/アンギュレーションで。(ハーモニーシステムでご注文実績のある先生に限ります。)

上顎	UR7	UR6	UR5	UR4	UR3	UR2	UR1	UL1	UL2	UL3	UL4	UL5	UL6	UL7
Tq														
Ang														
下顎	LR7	LR6	LR5	LR4	LR3	LR2	LR1	LL1	LL2	LL3	LL4	LL5	LL6	LL7
Tq														
Ang														

(ハーモニーのセットアップはアイデアルでオーバーコレクションは必要とされていません。)

ご面倒様ですが、初めてASOインターナショナル様にセットアップをお願いする先生には、トルク/アンギュレーションをご記入頂く必要がございます。

2回目以降のご注文の場合、或いは以前よりASOインターナショナル様にセットアップをご依頼の先生方には、「前回と同じ、トルク/アンギュレーションで。」をご指定頂けます。

スペースの確保



ASO International, Inc.
Orthodontic Laboratory
セットアップお問合せ先 電話: 03-3547-0471

セットアップ指示書

医院様名: _____
お電話番号: _____ 患者名: _____

1. 抜歯部位 (抜歯および先欠部位には×をお付けください。)

右	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	左
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	

2. 最終咬合位 (アングルの分類)

	右				左			
犬歯	I	II	III		I	II	III	
臼歯	I	II	III		I	II	III	

3. トルク/アンギュレーション 前回と同じ、トルク/アンギュレーションで。(ハーモニーシステムでご注文実績のある先生に限ります。)

上顎	UR7	UR6	UR5	UR4	UR3	UR2	UR1	UL1	UL2	UL3	UL4	UL5	UL6	UL7
Tq														
Ang														
下顎	LR7	LR6	LR5	LR4	LR3	LR2	LR1	LL1	LL2	LL3	LL4	LL5	LL6	LL7
Tq														
Ang														

(ハーモニーのセットアップはアイデアルでオーバーレクションは必要とされていません。)

4. スペースの確保

ブリッジ、インプラント、未萌出歯、矮小歯などのスペース確保が必要な場合に、部位を○で囲み、必要なスペースをmm単位でご記入ください。

右	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	左
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	

5. ストリッピング

ストリッピングしたい部位の枠内に近遠心側別にmm単位でご記入下さい。

右	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	左

4. スペースの確保

ブリッジ、インプラント、未萌出歯、矮小歯などのスペース確保が必要な場合に、部位を○で囲み、必要なスペースをmm単位でご記入ください。

右	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	左
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	

注: 上の表では、右側の歯5と2、左側の歯2と5の位置にそれぞれ「6」が記入され、歯5と2の位置にそれぞれ「7」が記入されています。

デンタルインプラントの埋入予定や矮小歯を補綴するなど、スペースの確保が必要な場合に、数値をミリ単位でご記入ください。

セットアップのご確認方法

6. ご希望のセットアップのご確認方法

- 郵送 (装置デザイン指示書に記載したご住所と違う場合: _____)
- Eメール (装置デザイン指示書に記載したEメールアドレスと違う場合: aso@aso-inter.co.jp)
- チェック不要
- * 受領日の翌日にご発送頂けますようお願い申し上げます。

	右				左			
犬 歯	I	II	III	IV	I	II	III	IV
臼 歯	I	II	III	IV	I	II	III	IV

3. トルク/アンギュレーション 前回と同じ、トルク/アンギュレーションで。(ハーモニーシステムでご注文実績のある先生に限りです。)

上顎	UR7	UR6	UR5	UR4	UR3	UR2	UR1	UL1	UL2	UL3	UL4	UL5	UL6	UL7
Tq														
Ang														
下顎	LR7	LR6	LR5	LR4	LR3	LR2	LR1	LL1	LL2	LL3	LL4	LL5	LL6	LL7
Tq														
Ang														

(ハーモニーのセットアップはイデアルでオーバーコレクションは必要とされていません。)

4. スペースの確保

ブリッジ、インプラント、未萌出歯、種小歯などのスペース確保が必要な場合に、部位を○で囲み、必要なスペースをmm単位でご記入ください。

右	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	左
	○																

5. ストリッピング

ストリッピングしたい部位の枠内に近遠心側別にmm単位でご記入下さい。

右	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	左

6. ご希望のセットアップのご確認方法

- 郵送 (装置デザイン指示書に記載したご住所と違う場合: _____)
- Eメール (装置デザイン指示書に記載したEメールアドレスと違う場合: _____)
- チェック不要
- * 受領日の翌日にご発送頂けますようお願い申し上げます。

7. 備考・特記事項

ここにはセットアップのご確認方法をご記入頂きます。

セットアップをお手に取ってご確認頂く場合は模型を郵送致します。デジタル写真でのご確認で宜しい場合には、「Eメール」をチェックしてください。「装置デザイン指示書」にお書き頂いたご住所、Eメールアドレスと違うお送り先をご希望の場合には、カッコ内にご記入ください。

別途ご案内差し上げます納期は、セットアップ受領日の、翌日返送を条件としています。

備考・特記事項

7. 備考・特記事項

- ・OJ = 2mm , OB = 2mm でSETUP
- ・2|2 の矮小歯部は、左右均等にスペースを確保
- ・5| はインプラント予定なので、7mmのスペースを確保
- ・567 はブリッジの為、現状キープ
- ・上下顎のアンテリアレシオが合わない場合はストリッピング可能

3. トルク/アンギュレーション 前回と同じ、トルク/アンギュレーションで。(ハーモニーシステムでご注文実績のある先生に限ります。)

上顎	UR7	UR6	UR5	UR4	UR3	UR2	UR1	UL1	UL2	UL3	UL4	UL5	UL6	UL7
Tq														
Ang														
下顎	LR7	LR6	LR5	LR4	LR3	LR2	LR1	LL1	LL2	LL3	LL4	LL5	LL6	LL7
Tq														
Ang														

(ハーモニーのセットアップはアイデアルでオーバーコレクションは必要とされていません。)

4. スペースの確保

ブリッジ、インプラント、未萌出歯、矮小歯などのスペース確保が必要な場合に、部位を○で囲み、必要なスペースをmm単位でご記入ください。

右	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	左
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	

5. ストリッピング

ストリッピングしたい部位の枠内に近遠心側別にmm単位でご記入下さい。

右	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	左

6. ご希望のセットアップのご確認方法

- 郵送 (装置デザイン指示書に記載したご住所と違う場合: _____)
 - Eメール (装置デザイン指示書に記載したEメールアドレスと違う場合: _____)
 - チェック不要
- * 受信日の翌日にご発送頂けますようお願い申し上げます。

7. 備考・特記事項

この欄には、今までの欄に記載出来なかった、セットアップ上考慮すべきその他の点をご記入ください。



装置デザイン指示書



HARMONY
Design your smile



基本情報のご記入



印紙、税別、請求書送り先:
ハーモニー・ジャパン株式会社
 〒100-0005 東京都千代田区丸の内3-1-1 新国際ビル5F
 TEL: 03-6269-9961 FAX: 03-6269-9962
 http://www.myharmony.jp E-mail: info@myharmony.jp



必ずご記入ください。 Required Records

ハーモニーでの治療 Ask need with HARMONY
 シリコーン印像 上顎 PSJ/Silicone Impression Upper
 シリコーン印像 下顎 PSJ/Silicone Impression Lower
 バイトレジストレーション Bite Registration

ハーモニー以外の治療 Ask Not need with HARMONY
 シリコーン印像 上顎もしくは石膏模型 上顎 Silicone CR Plaster Upper
 シリコーン印像 上顎もしくは石膏模型 下顎 Silicone CR Plaster Lower

アルファベットでご記入ください。
患者名 (姓) _____ (名) _____ (患者番号) _____
 Patient (Family Name) (First Name) (Patient Code)

オフィス名 _____ **担当矯正医** _____ **セミナー修了書番号** _____
 Orthodontic Practice (ご請求先が異なる場合は下記備考欄にご記入ください。) Orthodontist Seminar Cert. No

住所 _____
 Address

連絡先 (TEL) _____ (FAX) _____ (E-mail) _____
 Contact

装着予定日 _____ **納入希望日** _____ **定休日** _____
 Date of Bonding Desired Delivery Date Regular Holiday

社内使用欄

Internal Use Only

治療計画 (赤枠内) = 全てにご記入ください。 Treatment Plan (Red Box) = COMPLETE IN FULL

治療する歯列 TREATED ARCH	上顎 MAX	下顎 MAX
上顎 MAX (必ずチェックしてください) Select one below <input type="checkbox"/> ハーモニー HARMONY <input type="checkbox"/> 無治療 No Treatment 下顎 MAX (必ずチェックしてください) Select one below <input type="checkbox"/> ハーモニー HARMONY <input type="checkbox"/> 無治療 No Treatment 備考:ここにチェックが無いと治療計画が完成しません。 (CHECK ONLY) Case will not proceed unless boxes are checked.	12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1	12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1

トランスファートレー TRAY PREFERENCE

シリコーン (透明) SILICONE (Transparent)
 ハーモニー社推奨 Recommended by Harmony

パキウム成形 (無鉛) PAKIUM MOLDING (Lead-free)

セットアップ条件 SET UP PARAMETERS

アーチシェイプ ARCH SHAPE
 患者独自のアーチシェイプを維持

ハーモニーの推奨するワイヤー/装置 HARMONY Recommended Wire / Appliance

上記のがチェックしない場合は下記カラーの"X"に記入してください。
 If box above is NOT checked, fill in the gray box below.

カスタマイズドワイヤー/装置のデザイン Customized Wire / Appliance Design

1. ハーモニーワイヤー HARMONY Optimized 上顎 MAX 下顎 MAX
 2. ワイヤーで調整 Compensators on the wire 上顎 MAX 下顎 MAX
 3. フラットで調整 Compensator on the brackets 上顎 MAX 下顎 MAX
 4. その他 (備考にご記入ください) Other (Specify in Remark) 上顎 MAX 下顎 MAX

カスタマイズドセレクション Customized Selection

非抜歯症例、抜歯症例を選択 (Check only when you wish to select non-extraction or extraction cases.)

アルファベットでご記入ください。

患者名 (姓) **HOSHINO** (名) **AKIKO** (患者番号) **12014 (任意)** 社内使用欄

Patient (Family Name) (First Name) (Patient Code) Internal Use Only

オフィス名 **Family Orthodontics Office** **担当矯正医** **Tokinori Kotaka** **セミナー修了書番号** **HMT1207000**

Orthodontic Practice (ご請求先が異なる場合は下記備考欄にご記入ください。) Orthodontist Seminar Cert. No

住所 **5-2, Oji 1-chome, L'espoir Bldg. 4F, Kita-ku, Tokyo, 114-0002**

Address

連絡先 (TEL) **03-3812-1000** (FAX) **03-3812-1002** (E-mail) **info@familyortho.jp**

Contact

装着予定日 _____ **納入希望日** _____ **定休日** **Thu, Sun, Holiday**

Date of Bonding Desired Delivery Date Regular Holiday

初回のご注文の際には、特に「担当矯正医」(セミナーにご出席頂いた先生のお名前)、「患者名」、「オフィス名」、「住所」(特にビル名などの固有名詞)は必ず、アルファベットでご記入ください。フランスの受注システムに登録する際に必要になります。

2回目以降は最低限、「患者名」、「担当矯正医」をご記入頂ければ問題ございません。

基本情報のご記入




印刷、複製、再発行禁止
 ハーモニー・ジャパン株式会社
 〒100-0005 東京都千代田区丸の内3-1-1 新国際ビル5階
 TEL: 03-6269-9961 FAX: 03-6269-9962
 http://www.myharmony.jp E-mail: info@myharmony.jp

必ずご記入ください。 Required Records
 シリコーン印像 上顎 PDS/Silicone Impression Upper
 シリコーン印像 下顎 PDS/Silicone Impression Lower
 ハイトレジストレーション Bite Registration

アルファベットで
 ご記入ください。

患者名 (姓) _____ (名) _____ (患者番号) _____

オフィス名 _____ 担当矯正医 _____ セミナー修了書番号 _____
 Orthodontic Practice (ご請求先が異なる場合は下記備考欄にご記入ください。) Orthodontist Seminar Cert. No.

住所 _____
 Address

連絡先 (TEL) _____ (FAX) _____ (E-mail) _____
 Contact

装着予定日 _____ 納入希望日 _____ 定休日 _____
 Date of Bonding Desired Delivery Date Regular Holiday

治療計画 (赤枠内) - 全てにご記入ください。 Treatment Plan (Red Box) - COMPLETE IN FULL

治療する歯列 TREATED ARCH 上顎 AMAX (必ずチェックしてください) Select one below. <input type="checkbox"/> ハーモニー <input type="checkbox"/> 経路で治療 <input type="checkbox"/> 無治療 HARMONY Label No Treatment 下顎 AMAN (必ずチェックしてください) Select one below. <input type="checkbox"/> ハーモニー <input type="checkbox"/> 経路で治療 <input type="checkbox"/> 無治療 HARMONY Label No Treatment <small>歯並びにこのチェックが無いと治療計画が製造できません。 IMPROVING! Crown will not proceed unless boxes are checked!</small>		<input type="checkbox"/> ハーモニーの推奨するワイヤー/装置 HARMONY Recommended Wire/Appliance <small>上記の<input type="checkbox"/>がチェックしない場合は下記カラーの*に*を*に 記入してください。 *If box above is NOT checked, fill in the gray box below.</small> カスタマイズドワイヤー/装置のデザイン Customized Wire/Appliance Design <small>※別添参照 See Remark</small> <ol style="list-style-type: none"> 1. ハーモニーワイヤー <input type="checkbox"/> 上顎 <input type="checkbox"/> 下顎 HARMONY Optimized <input type="checkbox"/> AMAX <input type="checkbox"/> AMAN 2. ワイヤーで調整 <input type="checkbox"/> 上顎 <input type="checkbox"/> 下顎 Compensators on the wire <input type="checkbox"/> AMAX <input type="checkbox"/> AMAN 3. フラットで調整 <input type="checkbox"/> 上顎 <input type="checkbox"/> 下顎 Compensator on flat brackets <input type="checkbox"/> AMAX <input type="checkbox"/> AMAN 4. その他一言者にご記入ください。 <input type="checkbox"/> 上顎 <input type="checkbox"/> 下顎 Other Specify in Remark <input type="checkbox"/> AMAX <input type="checkbox"/> AMAN カスタマイズド・セレクション Customized Selection <input checked="" type="checkbox"/> 非抜歯症例、抜歯症例を選択 <small>※歯列矯正、抜歯症例を指定</small>
トランスファートレー TRAY PREFERENCE <input type="checkbox"/> シリコーン (透明) <input type="checkbox"/> パキウム形成 (無鉛) SILICONE (Transparent) WAX/UMIUM MOLDING (Lead-free) ハーモニー社推奨 Recommended by Harmony	セットアップ条件 SET UP PARAMETERS アーチシェイプ ARCH SHAPE 患者独自のアーチシェイプを維持 <input type="checkbox"/>	B: セルフライエーション・ブランク B: Self Brack Xel: 欠損、空間充填 Xel: Missing, space fill T: チューブ T: Tube H: フラック H: Hook Xel: 欠損、スペース確保 Xel: Missing, space reserve

アルファベットで
 ご記入ください。

患者名 (姓) **HOSHINO** (名) **AKIKO** (患者番号) **12014 (任意)**

Patient (Family Name) (First Name) (Patient Code)

オフィス名 **Family Orthodontics Office** 担当矯正医 **Tokenori Kotaka** セミナー修了書番号 **HMT1207000**
 Orthodontic Practice (ご請求先が異なる場合は下記備考欄にご記入ください。) Orthodontist Seminar Cert. No.

住所 **5-2, Oji 1-chome, L'espoir Bldg. 4F, Kita-ku, Tokyo, 114-0002**
 Address

連絡先 (TEL) **03-3812-1000** (FAX) **03-3812-1002** (E-mail) **info@familyortho.jp**
 Contact

装着予定日 **Oct. 31, 2012** 納入希望日 **Oct. 11, 2012** 定休日 **Thu, Sun, Holiday**
 Date of Bonding Desired Delivery Date Regular Holiday


社内使用欄
 Internal Use Only

日付: _____ 年 _____ 月 _____ 日


「納入希望日」に関しましては、土日を除きハーモニー・ジャパンにご注文が到着すると思われる日より、60日目以降の日をちをご記入ください。

リードタイムは短縮される方向にありますが、余裕を持ったお日にちを設定頂ければ幸いです。

ご注文時の送付物の確認



印紙、税票、請求書送り先: **ハーモニー・ジャパン株式会社**
 〒100-0005 東京都千代田区丸の内3-1-1 新国際ビル5階
 TEL: 03-6269-9961 FAX: 03-6269-9962
<http://www.harmonyortho.jp> Email: info@harmoney.jp



ハーモニーでの治療 Arch treated with HARMONY

シリコン印象 上顎 PVS/Silicon Impression Upper

シリコン印象 下顎 PVS/Silicon Impression Lower

バイトレジストレーション Bite Registration

社内使用欄

患者名 (姓) _____ (名) _____ (患者番号) _____

オフィス名 _____ 担当矯正医 _____ セミナー終了番号 _____

住所 _____

連絡先 (TEL) _____ (FAX) _____ (E-mail) _____

装着予定日 _____ 納入希望日 _____ 定休日 _____

治療する歯列 TREATED ARCH

上顎 AMAX (必ずチェックしてください) Select one (below)

ハーモニー 石膏での治療 無治療

下顎 AMAX (必ずチェックしてください) Select one (below)

ハーモニー 石膏での治療 無治療

トランスファートレー TRAY PREFERENCE

シリコン (透明) バキューム形成 (無鉛)

セットアップ条件 SET UP PARAMETERS

アーチシェイプ ARCH SHAPE

患者独自のアーチシェイプを維持

MAINTAIN INDENT SHAPE

HARMONY

MB* SQUARED TAPERED OVOID

DEAD* SMALL MEDIUM LARGE

DAMON*

OTHER _____

ハーモニーの推奨するワイヤー/装置 HARMONY Recommended Wire/Appliance

上顎の 0.18 x 0.22 の場合は下記ワイヤーのいずれかを選択してください。

下記のワイヤーは必ずチェックしてください。必ず下記ワイヤーのいずれかを選択してください。

カスタマイズドワイヤー/装置のデザイン Customized Wire/Appliance Design

1. ハーモニーワイヤー 上顎 下顎

HARMONY Optimized MAX MAXV

2. ワイヤで調整 上顎 下顎

Compensators on the wire MAX MAXV

3. フラットで調整 上顎 下顎

Compensator on the brackets MAX MAXV

4. その他一言者にご記入ください 上顎 下顎

Other (Specify in Remark) MAX MAXV

カスタマイズド・セレクション Customized Selection

非抜歯症例, 抜歯症例を選択

全ての場合に同じサイズのワイヤーが適合します。追加のワイヤーを注文する必要があります。

Type	Initial Wires*	Max	Min
NiTi	0.14	✓	✓
NiTi	0.16 x 0.16	✓	✓
NiTi	0.16 x 0.22	✓	✓

下記の表から追加サイズを選択

Type	Recommended Sizes (Only Wire)	Max	Min
SS	0.16 x 0.22	✓	✓
SS	0.17 x 0.22	✓	✓
SS	0.18 x 0.22	✓	✓
SS	0.18 x 0.22 Reinforced Steel*	✓	✓

	ハーモニーでの治療	Arch treated with HARMONY	ハーモニー以外での治療	Arch Not treated with HARMONY
<input checked="" type="checkbox"/> シリコン印象 上顎	<input type="checkbox"/> シリコン印象 上顎	PVS/Silicon Impression Upper	<input type="checkbox"/> シリコン印象 もしくは石膏模型 上顎	Silicone OR Plaster Upper
<input type="checkbox"/> シリコン印象 下顎	<input type="checkbox"/> シリコン印象 下顎	PVS/Silicon Impression Lower	<input checked="" type="checkbox"/> シリコン印象 もしくは石膏模型 下顎	Silicone OR Plaster Lower
<input checked="" type="checkbox"/> バイトレジストレーション	<input type="checkbox"/> バイトレジストレーション	Bite Registration		

ハーモニー・ジャパンにお送り頂いたものの確認です。ハーモニー・システムで治療なさらぬ顎に関しては石膏模型だけでも構いません。

記入欄にはございませんが、シリコン印象には、必ず硬石膏をお注ぎになり、硬石膏模型とシリコンを一对でお送りください。

発送前に気泡、裂け、他の基本的印象変形が無く、良好な状態で印象をお取り頂けていることを目視でご確認頂くためです。また石膏模型はトレーの作成に使用され、台を付けて納品されます。

治療歯列とトランスファートレー



印刷、郵送、指示書送付先:
ハーモニー・ジャパン株式会社
 〒100-0005 東京都千代田区丸の内3-1-1 新国際ビル5階
 TEL: 03-6269-9961 FAX: 03-6269-9962
 http://www.myharmony.jp E-mail: info@myharmony.jp



必ずご記入ください。 Required Records

ハーモニーでの治療 Ask record with HARMONY
 シリコン(透明) 上顎 PS/Silicone Impression Upper
 シリコン(透明) 下顎 PS/Silicone Impression Lower
 バイトレジストレーション Bite Registration

ハーモニー以外の治療 Ask for record with HARMONY
 シリコン(透明)もしくは石膏製成 上顎 Silicone OR Plaster Upper
 シリコン(透明)もしくは石膏製成 下顎 Silicone OR Plaster Lower

社内使用欄
 患者名 (姓) (名) (患者番号)
 Patient (Family Name) (First Name) (Patient Code)
 セミナー終了番号 Seminar Cert. No.
 オフィス名 担当矯正医
 Orthodontic Practice (ご請求が異なる場合は下記欄に記入ください。) Orthodontist
 住所 Address
 連絡先 (TEL) (FAX) (E-mail)
 Contact
 装着予定日 納入希望日 定休日
 Date of loading Desired Delivery Date Regular Holiday

ハーモニー・システムで治療なさる歯列弓、及びご希望のトランスファートレーをお選びください。

ハーモニー社はシリコントレーを推奨致します。

TREATED ARCH

治療する歯列

上顎 MAX (必ず一つお選びください) Select one below
 ハーモニー HARMONY
 唇側で治療 Labial
 無治療 No Treatment

下顎 MAN (必ず一つお選びください) Select one below
 ハーモニー HARMONY
 唇側で治療 Labial
 無治療 No Treatment

トランスファートレー TRAY PREFERENCE
 シリコン(透明) SILICONE (Transparent)
 バキューム形成(熱形成) VACUUM MOULDED (Thermoplastic)

セットアップ条件 SET UP PARAMETERS

患者独自のアーシェイプを維持 MAINTAIN INBENT SHAPE
 HARMONY
 MB* SQUARED SAFERD DYVID
 SPEED* SMALL MEDIUM LARGE
 DAMON* OTHER

セットアップ指示要領

(1) ハーモニーのセットアップはアイデア形成、オーパーコレーションは必要とされていません。
 (2) ご案内の納期に出来るだけお急ぐよう、大変お手数ではありますが、別紙のセットアップ指示書に詳しいご案内をご記入しております。
 (3) 別紙のセットアップ指示書にご記入しづらい内容は、下記の「備考、特記事項」にご自由にお書きください。
 (4) その他、セットアップの技術に関するご質問、お問い合わせは、国内提携ラボの株式会社アンインターナショナル(電話: 03-3547-9471)にお問い合わせください。

備考、特記事項: Remarks Special Instructions: (フランクHARMONY社に、別紙に関する特別なご要望がある場合は、こちらにご記入ください。)

治療する歯列について TREATED ARCH

上顎 MAX (必ず一つお選びください) Select one below
 ハーモニー HARMONY
 唇側で治療 Labial
 無治療 No Treatment

下顎 MAN (必ず一つお選びください) Select one below
 ハーモニー HARMONY
 唇側で治療 Labial
 無治療 No Treatment

重要:ここにチェックが無いと症例装置が製造されません。
 IMPORTANT: Case will not proceed unless boxes are checked.

トランスファートレー TRAY PREFERENCE
 シリコン(透明) SILICONE (Transparent)
 バキューム形成(熱形成) VACUUM MOULDED (Thermoplastic)

ハーモニー社推奨
 Recommended by Harmony

装置の指示



印影、簡章、冊子等送付先:
ハーモニー・ジャパン株式会社
 〒100-0005 東京都千代田区丸の内3-1-1 新国際ビル5階
 TEL: 03-6269-9961 FAX: 03-6269-9962
 http://www.myharmony.jp E-mail: info@myharmony.jp



必ずご記入ください。 Required Records

フルフリップまでご記入ください。
 患者名 (姓) (名) (患者番号) 社内使用欄
 Patient (Family Name) (First Name) (Patient Code) Internal Use Only

オフィス名 担当矯正医 セミナー担当番号
 Orthodontic Practice (ご来院が異なる場合は下記欄番欄にご記入ください。) Orthodontist Seminar Cont. No.

住所 Address
 連絡先 (TEL) (FAX) (E-mail)

装置予定日 納入希望日 定休日
 Date of Binding Desired Delivery Date Regular Holiday

治療計画 (赤枠内) - 全てご記入ください。 Treatment Plan (Red Box) - COMPLETE IN FULL

治療する歯列 TREATED ARCH

上顎 AMAX (必ず一つお選びください。 Select one below.)
 ハーモニー 両側で治療 無治療
 HARMONY Label No. Treatment

下顎 AMAN (必ず一つお選びください。 Select one below.)
 ハーモニー 両側で治療 無治療
 HARMONY Label No. Treatment

歯並びにこのチェックが無いと器具調整が実施できません。
 (NO CHECK) Case will not proceed unless boxes are checked.

トランスファートレー TRAY PREFERENCE

シリコン (透明) バキューム形成 (無鉛鉛)
 SILICONE (Transparent) VACUUM MOLDING (Lead-free)

ハーモニー特製
 Recommended by Harmony

セットアップ条件 SET UP PARAMETERS

アーチシェイプ ARCH SHAPE
 MAINTAIN INHERENT SHAPE

患者独自のアーチシェイプを維持

HARMONY
 MAINTAIN INHERENT SHAPE

MM* SQUARED TAPERED OVOID

DEAD* SMALL MEDIUM LARGE

WACON*

OTHER

アーチシェイプとセットアップフォームをお書きください。
 (Specify brackets and Arch Form)

*ハーモニーが結果を認めるブランドではありません。
 * Brands not endorsed by HARMONY

セットアップ指示要領

(1) ハーモニーのセットアップはアイデアアルで、キーハーモロケーションは必要とされていません。

(2) ご案内の納期に出来るだけ済ませよう。大変お手数ではありますが、別紙のセットアップ指示書に詳しいご要望をご記入頂いております。

(3) 別紙のセットアップ指示書にご記入しづらい内容は、下記の「備考、特記事項」にご自由にお書きください。

(4) その他、セットアップの技工に関するご質問、お問い合わせは、国内提携ラボの株式会社アソシエーターショナル (電話: 03-3547-0471) にお問い合わせください。

* 追加料金の対象となります。 * Subject to Additional Charge

備考、特記事項: Remarks/Special Instructions (アソシアHARMONY社に、装置に関する特別なご要望がある場合、こちらにご記入ください。)

歯列に記載された条件に同意し
 ご署名
 日付: 年


凡例に従い、ご希望の装置をご記入ください。


ご記入頂けない事によるトラブルが想定されます。お手数をお掛けしますが、何卒、ご記入にご協力くださいますようお願い申し上げます。

B: セルフライゲーション・ブラケット
B: Sl Bracket

T: チューブ H: フック
T: Tube H: Hook

Ax: .045頬側大臼歯チューブ
Ax: Add .045 buccal molar tube

 **:カスタマイズド・バンド***
 (歯牙を丸で囲んでください)
: Customized Band (Circle tooth)*

 **:オクルーザルバッド**
 (歯牙の中にバッドを描いてください)
: Occlusal Pas Surface (Shade in tooth)

Xc: 欠損、空隙閉鎖
Xc: Missing, close the space

Xo: 欠損、スペース確保
Xo: Missing, open the space

Ex: 抜歯、空隙閉鎖
Ex: To be extracted and close the space

I: デンタル・インプラント
I: Permanent Implant

PB: 補綴ブリッジ/ポンティック
PB: Prosthetic bridge or joined crowns

装置の指示

上顎 MAX

下顎 MAN

R L

B: セルフライゲーション・ブラケット
B: SL Bracket

T: チューブ
T: Tube

Ax: .045頬側大白歯チューブ
Ax: Add .045 buccal molar tube

:カスタマイズド・バンド*
(歯牙を丸で囲んでください)
:Customized Band* (Circle tooth)

:オクローザルバッド
(歯牙の中にバッドを描いてください)
:Occlusal Pas Surface (Shade in tooth)

Xc: 欠損、空隙閉鎖
Xc: Missing, close the space

Xo: 欠損、スペース確保
Xo: Missing, open the space

Ex: 抜歯、空隙閉鎖
Ex: To be extracted and close the space

I: デンタル・インプラント
I: Permanent Implant

PB: 補綴ブリッジ/ボンティック
PB: Prosthetic bridge or joined crowns

* 追加料金の対象となります。 * Subject to Additional Charge.

凡例に従い、ご希望の装置をご記入ください。

ご記入頂けない事によるトラブルが想定されます。お手数をお掛けしますが、何卒、ご記入にご協力くださいますようお願い申し上げます。

B: セルフライゲーション・ブラケット
B: SL Bracket

T: チューブ
T: Tube

H: フック
H: Hook

Ax: .045頬側大白歯チューブ
Ax: Add .045 buccal molar tube

:カスタマイズド・バンド*
(歯牙を丸で囲んでください)
:Customized Band* (Circle tooth)

:オクローザルバッド
(歯牙の中にバッドを描いてください)
:Occlusal Pas Surface (Shade in tooth)

Xc: 欠損、空隙閉鎖
Xc: Missing, close the space

Xo: 欠損、スペース確保
Xo: Missing, open the space

Ex: 抜歯、空隙閉鎖
Ex: To be extracted and close the space

I: デンタル・インプラント
I: Permanent Implant

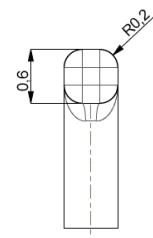
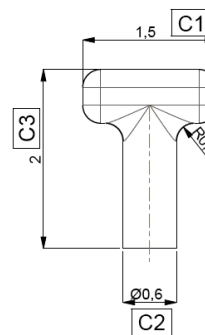
PB: 補綴ブリッジ/ボンティック
PB: Prosthetic bridge or joined crowns

アタッチメントは料金に含まれます



.036 ワイヤー
を折返して使用

リングル・シース
(※TPAは別途お作りください。)



フック

カスタマイズドバンドも料金内でお作り致します



カスタマイズドバンド

ワイヤー・ベンディングの形態

装置の設計コンセプトをお選び頂きます。指示書の裏面に、次ページの様な説明がございます。基本的にこのコンセプトの違いにより、ワイヤーのベンディング形状が変わってきます。



印刷、複製、指示書送り先:
 ハーモニー・ジャパン株式会社
 〒100-0005 東京都千代田区丸の内3-4-1 新国際ビル5階
 TEL: 03-6269-9961 FAX: 03-6269-9962
 http://www.myharmony.jp E-mail: info@myharmony.jp



必ずご記入ください。 Required Records

ハーモニーでの治療 Arch treated with HARMONY
 シリコン印象 上顎 PSJ/Silicon Impression Upper
 シリコン印象 下顎 PSJ/Silicon Impression Lower
 バイトレジストレーション Bite Registration

Harmony以外の治療 Arch Not treated with HARMONY
 シリコン印象 上顎 Silicone CR Plaster Upper
 シリコン印象 下顎 Silicone CR Plaster Lower

患者名 (姓) (名) (患者番号) (患者名) (Patient Code) (Patient No.)
 オフィス名 (診療室がある場合は下記診療室名にご記入ください) Orthodontist 担当矯正医 (Seminar Cert. No.)
 住所 (Address)
 連絡先 (TEL) (FAX) (E-mail)

装着予定日 (Date of Banding) 納入希望日 (Desired Delivery Date) 定休日 (Regular Holiday)

治療計画 (赤枠内) - 全てご記入ください。 Treatment Plan (Red Box) - COMPLETE IN FULL

治療する歯列 TREATED ARCH

上顎 AMAX (必ずチェックしてください) Select one (teeth)
 ハーモニー 両側で治療 無治療
 HARMONY Label No Treatment

下顎 MAN (必ずチェックしてください) Select one (teeth)
 ハーモニー 両側で治療 無治療
 HARMONY Label No Treatment

重要: ここにチェックがないと治療計画が製造できません。
 IMPORTANT: Cases will not proceed unless boxes are checked!

トランスファートレー TRAY PREFERENCE
 シリコン (透明) バキューム成形 (無鉛型)
 SILICONE (Transparent) VACUUM MOLDING (Lead-free)
 ハーモニー社推奨 Recommended by Harmony

セットアップ条件 SET UP PARAMETERS

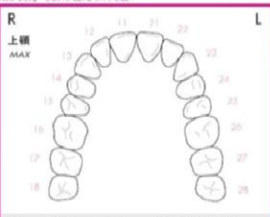
アーチシェイプ ARCH SHAPE
 患者独自のアーチシェイプを維持 MAINTAIN INHERENT SHAPE

ハーモニー HARMONY
 MS* SQUARED TAPERED OVOID
 SPEED* SMALL MEDIUM LARGE
 DAMON* OTHER

アーチシェイプとアーチフォームをお書きください。
 Specify bracket and Arch Form!

* Bonds not endorsed by HARMONY

セットアップ指示要領
 (1) ハーモニーのセットアップはアイデア形成、キーパーポジションは必要とされていません。
 (2) ご案内の納期に出来るだけ沿えるよう、入電お手数ではありますが、別紙のセットアップ指示書に詳しいご案内をご記入頂いております。
 (3) 別紙のセットアップ指示書にご記入しない内容は、下記の「備考、特記事項」にご自由にお書きください。
 (4) その他、セットアップの技術に関するご質問、お問い合わせは、国内提携ラボの株式会社アノインターナショナル (電話: 03-3547-0471) にお問い合わせください。
 * 追加料金の対象となります。 * Subject to Additional Charge



ハーモニーの推奨するワイヤー/装置 HARMONY Recommended Wire/Appliance
 上記のをチェックしない場合は下記のグレーのボックスに記入してください。

カスタマイズド・ワイヤー/装置のデザイン Customized Wire/Appliance Design

別紙参照 See Reverse

1. ハーモニー・ワイヤー 上顎 下顎
 HARMONY Optimized MAX MAN

2. ワイヤーで調整 上顎 下顎
 Compensations in the wire MAX MAN

3. ブラケットで調整 上顎 下顎
 Compensation in the brackets MAX MAN

4. その他 -備考にご記入ください。 上顎 下顎
 Other -Specify in Remark MAX MAN

カスタマイズド・セレクション Customized Selection

必ずチェックしてください。必ず記入してください。
 追加料金はかかりません。

Type	Initial Wires	Max	Man
PSJ	0.14	✓	✓
PSJ	0.16 x 0.16	✓	✓
PSJ	0.16 x 0.22	✓	✓

下記の色から追加サイズをお選びください。
 Type: Harmonize Wire For Cases Max Man
 PSJ 0.18 x 0.22
 Type: Recommended Semi-Claw Wire Max Man
 SS 0.16 x 0.22
 SS 0.17 x 0.22
 SS 0.18 x 0.22
 SS 0.18 x 0.22 Reinforced Post

Type	Other Available Wires	Max	Man
PSJ	0.16		
PSJ	0.17 x 0.17		
PSJ	0.17 x 0.22		
PSJ	0.16 x 0.16		
PSJ	0.16 x 0.22		
PSJ	0.18 x 0.25		

備考、特記事項: Remarks/Special Instructions (アノインターナショナルに、装置に関する特別なご要望がある場合、こちらにご記入ください。)

ハーモニーの推奨するワイヤー/装置 HARMONY Recommended Wire/Appliance

上記のをチェックしない場合は下記のグレーのボックスに記入してください。
 If box above is NOT checked, fill in the grey box below.

カスタマイズド・ワイヤー / 装置のデザイン
 Customized Wire / Appliance Design

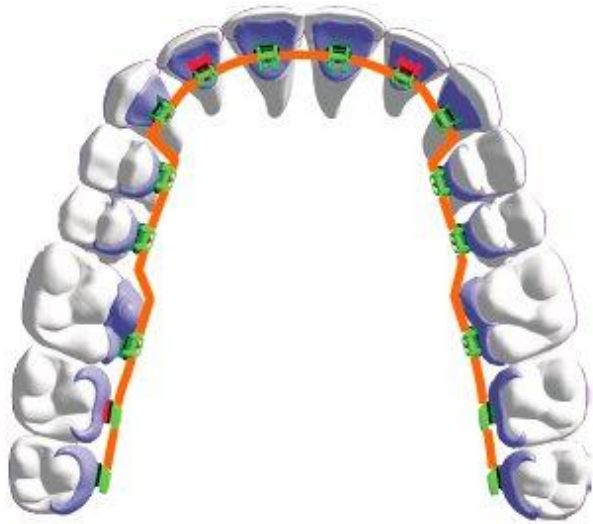
裏面参照 See Reverse

- ハーモニー・オプティマイズド 上顎 下顎
 HARMONY Optimized MAX MAN
- ワイヤーで調整 上顎 下顎
 Compensations in the wire MAX MAN
- ブラケットで調整 上顎 下顎
 Compensation in the brackets MAX MAN
- その他 -備考にご記入ください。 上顎 下顎
 Other -Specify in Remark MAX MAN

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

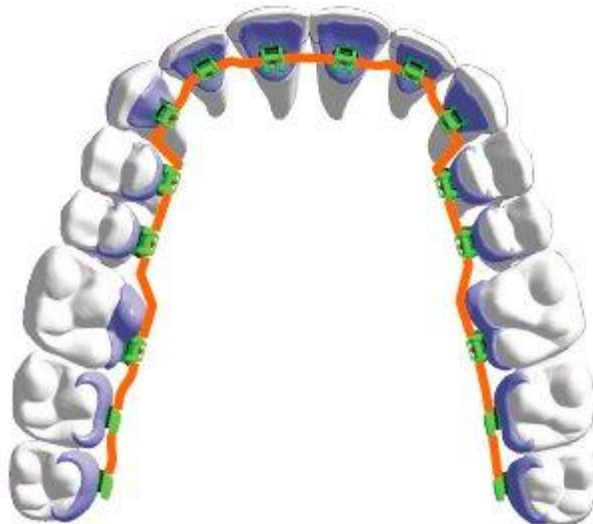
カスタマイズド・ワイヤー / 装置のデザイン

1. ハーモニー・オブ・ティマイスト



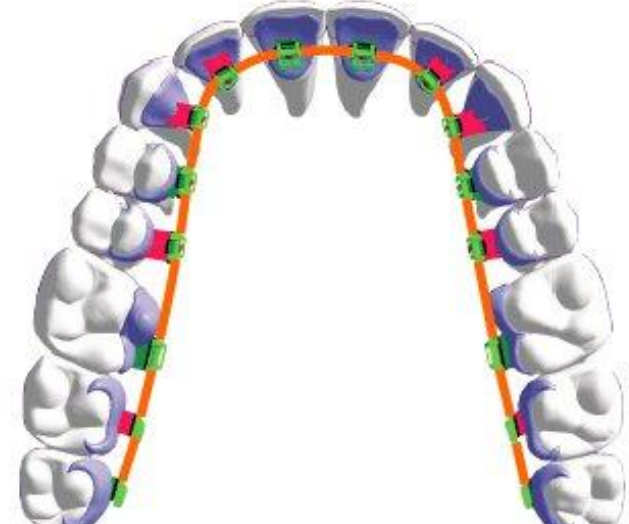
ブラケットとワイヤーが調和した関係に基づいて、最適な装置がデザインされます。

2. ワイヤーで調整



アーチワイヤーで調整が行われ、必要に応じ、ワイヤーがそれぞれの歯牙に最も緊密に沿うようにデザインされます。

3. ブラケットで調整



コンペーション・ベンドを全く入れないアーチワイヤーに沿うように、ブラケットのイン・アウトが調整されます。

ワイヤーサイズ選択

- 1) ワイヤーは片顎に対して**5サイズ迄が無料で添付されます。**
- 2) 014 NiTi, 016 x 016 NiTi, 16 x 022 NiTiは必ずお使い頂く**必須サイズ**です。
- 3) 「ハーモニーの推奨するワイヤー/装置 」にチェックを入れると**抜歯症例の場合には必須サイズ+018 x 025 NiTi と017 x 022 SS**がお届けされます。**非抜歯症例の場合には必須サイズ+018 x 025 NiTi**がお届けされますが、更にもう1本お選び頂くことができます。(5サイズ迄無料添付)

ハーモニー社は次のワイヤーシーケンスを強く推奨致します。

非抜歯症例

014 NiTi
016 x 016 NiTi
016 x 022 NiTi
018 x 025 NiTi

抜歯症例

014 NiTi
016 x 016 NiTi
016 x 022 NiTi
017 x 022 SS
018 x 025 NiTi

多くのハーモニー症例分析の元に確立されたワイヤーシーケンスです。特に**必須3サイズ**はお使い頂かなくてはなりません。

ハーモニーの推奨するワイヤー/装置
HARMONY Recommended Wire/Appliance

カスタマイズド・セレクション Customized Selection

非抜歯症例、抜歯症例を選択

- ・全ての症例に対し片顎に5種類のワイヤーが添付されます。
- ・追加ワイヤーは有償となります。

非抜歯症例 抜歯症例

Type	Initial Wires ¹	Max	Man
Ni-Ti	.014	✓	✓
Ni-Ti	.016 x .016	✓	✓
Ni-Ti	.016 x .022	✓	✓

下記の表から追加サイズを2つ選択

Type	Recommended Wire For All Cases	Max	Man
Ni-Ti	.018 x .025	✓	✓

Type	Recommended Space Closing Wires	Max	Man
SS	.016 x .022		
SS	.017 x .022	✓	✓
SS	.018 x .025 ²		
SS	.018 x .025 Reduced Post ³		

注1:ハーモニー社は全ての症例にこれら3種類のNiTiワイヤーを使用することを強く推奨します。

注2:このワイヤーはリンガル・オグジリアリー・チューブにお使いになられるのが最適です。

注3:018 x 025 SSのスペース・クロージング・ワイヤーはより優れたスライディング・メカニクスを得るため小白歯部以降のサイズが小さく作られています。

Type	Other Available Wires	Max	Man
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		

ワイヤーサイズ選択

ハーモニーの推奨するワイヤー/装置
HARMONY Recommended Wire/Appliance

必須サイズをお使い頂くことにより、スムーズに治療をお進め頂けます。

● 必須サイズ(必ずお使い頂きます) 3サイズ

+

● この中から2本をお選びください。

あらゆる症例の
フィニッシングに最適です。

特に抜歯症例の場合
この中から1本お選びください。

注) 018 X 025 SSはリングル・オグジリアリー・チューブを
ご注文される時のみご注文頂けます。

追加サイズ
(更に違うサイズをご使用頂く場合、
追加料金にて承ります。)

カスタマイズド・セレクション Customized Selection

非抜歯症例、抜歯症例を選択

- ・全ての症例に対し片顎に5種類のワイヤーが添付されます。
- ・追加ワイヤーは有償となります。

非抜歯症例 抜歯症例

Type	Initial Wires ¹	Max	Man
Ni-Ti	.014	✓	✓
Ni-Ti	.016 x .016	✓	✓
Ni-Ti	.016 x .022	✓	✓

下記の表から追加サイズを2つ選択

Type	Recommended Wire For All Cases	Max	Man
Ni-Ti	.018 x .025	✓	✓

Type	Recommended Space Closing Wires	Max	Man
SS	.016 x .022		
SS	.017 x .022	✓	✓
SS	.018 x .025 ²		
SS	.018 x .025 Reduced Post ³		

注1:ハーモニー社は全ての症例にこれら3種類のNiTiワイヤーを使用することを強く推奨します。

注2:このワイヤーはリングル・オグジリアリー・チューブにお使いになられるのが最適です。

注3:018 x 025 SSのスペース・クロージング・ワイヤーはより優れたスライディング・メカニクスを得るため小白歯部以降のサイズが小さく作られています。

Type	Other Available Wires	Max	Man
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		

備考、特記事項



印刷、複製、再発行禁止
 ハーモニー・ジャパン株式会社
 〒100-0005 東京都千代田区丸の内3-4-1 新国際ビル5階
 TEL: 03-6269-9961 FAX: 03-6269-9962
 http://www.myharmony.jp E-mail: info@myharmony.jp



必ずご記入ください。 Required Records

ハーモニーでの治療 Ask treated with HARMONY
 シリコン印象 上顎 PDS/Silicon Impression Upper
 シリコン印象 下顎 PDS/Silicon Impression Lower
 バイテラジストレーション Bio Registration

ハーモニー以外の治療 Ask Not treated with HARMONY
 シリコン印象もしくは石膏模型 上顎 Silicone OR Plaster Upper
 シリコン印象もしくは石膏模型 下顎 Silicone OR Plaster Lower

フルフットペダ
 で記入ください。 社内使用欄

患者名 (姓) (名) (患者番号) Patient (Family Name) (First Name) (Patient Code) Internal Use Only

オフィス名 (英語) 担当矯正医 セミナー終了番号
 Orthodontic Practice (ご請求先が異なる場合は下記欄を併せて記入ください。) Orthodontist Seminar Cert. No.

住所 Address

連絡先 (TEL) (FAX) (E-mail) Contact

装着予定日 納入希望日 定休日
 Date of Banding Desired Delivery Date Regular Holiday

治療計画 (赤枠内) - 全てご記入ください。 Treatment Plan (Red Box) - COMPLETE IN FULL

治療する歯列 TREATED ARCH R L

上顎 AMAX (必ずアークを選びください。 Select one Arch.)
 ハーモニー 特製で治療 無治療

上顎 上顎 AMAX

ハーモニーの推奨するワイヤー/装置
 HARMONY Recommended Wire/Appliance
 上記のが付かない場合は下記ワ이어の"X"に

フォーマット中に記載出来ないご要望をお書きください。

裏面がご注文時の合意内容になっております。控えが必要な場合は、コピーをお取りになり。原本をお送りください。

備考、特記事項: Remarks -Special Instructions: (フランスHARMONY社に対し、装置に関する特別なご要望がある場合、こちらにご記入ください。)

例) Please put lingual sheath for TPA on upper premolars.

Bend wires in mushroom shape.

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 *Tomikori Kotaki*

日付: 2012 年 8 月 1 日

オプションは必要とされていません。

(2) ご案内の納期に出来るだけ沿えるよう、大変お手数ではありますが、別紙のセットアップ指示書に詳しいご要望をご記入頂いております。

(3) 別紙のセットアップ指示書にご記入しない内容は、下記の「備考、特記事項」にご自由にお書きください。

(4) その他、セットアップの技工に関するご質問、お問い合わせは、国内提携ラボの株式会社アソシエーションラボ (電話: 03-3547-0471) にお問い合わせください。

下顎 AMAX R L

* 追加料金の対象となります。 * Subject to Additional Charge

Type	Other Available Wires	Max	Min
TPA	015		
Pd-P	017 x 017		
Ni-P	017 x 022		
Stainless	015 x 015		
Stainless	015 x 022		
Stainless	015 x 025		

備考、特記事項: Remarks -Special Instructions: (フランスHARMONY社に対し、装置に関する特別なご要望がある場合、こちらにご記入ください。)

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



最後にご署名、ご記入日をご確認ください。

納入形態(お届け内容一覧)



症例装置セット

写真の内容で、装置をお届け致します。

不正咬合模型 セットアップ模型 トランスファートレー



ポジショニング・ジグ

カスタマイズド・ワイヤー

シリコーン印象