

インプラント関連治療依頼書

ジョージ歯科口腔外科宛

年 月 日

| | |
|-------|-------|
| 貴医院名 | ご担当医 |
| 貴院住所 | |
| 貴院TEL | 貴院FAX |

| | | | | | | | | | | | | | | |
|--------|--------|---|---|---|----|---|--|--|--|--|--|--|--|--|
| フリガナ | | | | | | | | | | | | | | |
| 患者氏名 | 性別 | 男 | ・ | 女 | 年齢 | 歳 | | | | | | | | |
| 患者電話番号 | Mobile | | | | | | | | | | | | | |

依頼部位

7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7

7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7

依頼手術

- インプラント埋入手術
骨造成術（GBR法 / ブロック骨移植）
上顎洞底挙上術（サイナスリフト/ソケットリフト）

依頼範囲： 最終上部構造まで ・ 埋入のみ ・ 骨造成のみ

（注：埋入のみ・骨造成のみの依頼に関しては、当院の保証対象とはなりません。また、その後のインプラント治療の成功および予後については保証しかねます。）

現病歴

抜歯時期： 抜歯前 ・ ()ヶ月前 ・ 不明

抜歯理由： カリエス ・ 歯周病 ・ 歯根破折 ・ 外傷 ・ その他 ()

その他詳細についてご記載をお願いします

習癖・歯科的既往歴

喫煙 ブラキシズム 歯周病 その他 ()

全身的既往歴

高血圧 糖尿病 心疾患（不整脈など） 脳血管障害（脳梗塞など） 骨粗鬆症
リウマチ 肝炎（A・B・C・その他） ぜんそく その他 ()

医科的対応状況

服用薬の有無：無・有 ()

対診について：不要と判断・すでに対診済み・未対診

必要事項を記入して頂き、当院宛にFAX送信してください。FAX079-283-8881

患者様へは電話・WEBより当院の初診予約をお取りいただきますよう必ずお伝え下さい。