

インプラント関連治療 依頼書

三軒茶屋マルオ歯科 御中

年 月 日

平素よりお世話になっております。

下記の通り、患者をご紹介しますのでご対応のほど宜しくお願いします。

フリガナ
患者氏名 _____ 性別 男 ・ 女 年齢 _____ 歳

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 骨移植術（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） インプラント除去術

インプラント周囲のデブライドメント

依頼範囲： 埋入のみ ・ 最終上部構造まで ・ 骨造成のみ

（注：埋入のみ・骨造成のみの依頼に関しては、10年保証の対象とはなりません）

治療後の患者さんへの対応：当院にメンテナンスをします ・ 貴院にてメンテナンスをお願いします

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

医療機関名称

住所

担当医