インプラント関連治療　依頼書

恵比寿マルオ歯科　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、患者をご紹介いた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、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

施設名称
住所
担当