

インプラント関連治療 紹介状

年 月 日

昭和大学歯科病院 インプラント 歯科

先生宛

名称

所在地 〒

電話番号

歯科医師名

フリガナ 患者氏名	
生年月日	年 月 日 (歳)
電話番号	

欠損部位および 依頼内容	
紹介目的	<input type="checkbox"/> インプラント治療 <input type="checkbox"/> インプラント周囲炎 <input type="checkbox"/> インプラントトラブル <input type="checkbox"/> その他 ()
治療内容	依頼内容： <input type="checkbox"/> 骨移植のみ <input type="checkbox"/> インプラント埋入のみ <input type="checkbox"/> 暫間補綴装置装着まで <input type="checkbox"/> 最終上部構造装着まで <input type="checkbox"/> メンテナンスも含め全て <input type="checkbox"/> 残存歯も含めた全顎治療 <input type="checkbox"/> インプラント除去 <input type="checkbox"/> その他 ()
既往歴	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> その他 ()
喫煙	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (本/日)
その他患者様の特徴 や治療内容等のご希 望がありましたら記 載ください	