

# インプラント関連治療 紹介状

年 月 日

昭和医科大学歯科病院 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 \_\_\_\_\_  
mial \_\_\_\_\_

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	