

「滋賀医大・地域連携インプラントシステム」 治療計画書

年 月 日

1. 患者情報

ふりがな	氏名	年 月 日生 (歳)
住所 〒	
電話	- -	
カルテ番号	
主訴		
現病歴		
既往歴 全身疾患		
喫煙 有・無 (本/日)		

2. 依頼手術

インプラント手術 の場合	部位: 希望インプラントシステム:
骨増生・骨再生手術 の場合	部位: 必要となる手術: サイナスリフト・ソケットリフト・GBR・ベニアグラフト・仮骨延長 ・骨髄細胞移植・指定無し・その他() (該当するものに○)

3. 紹介医

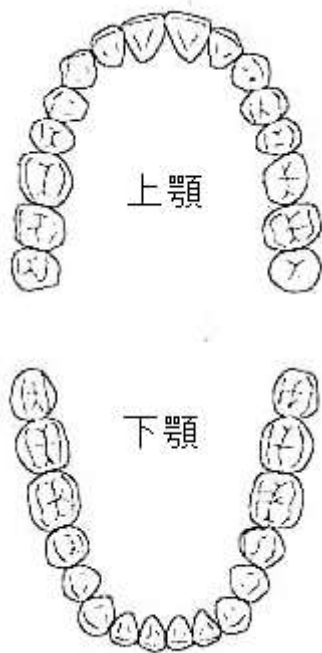
医療機関名 住所 〒 電話 FAX E-mail
氏名

4. 現在までの治療経過

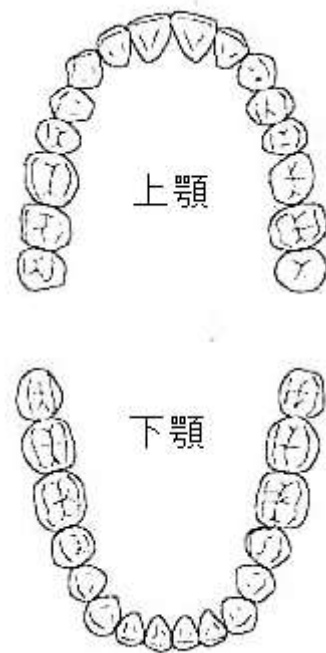
初期治療の状況 (該当するものに○)	歯周病コントロール	終了・現在治療中
	術前に必要な咬合再構成、修復処置、保存処置など	終了・現在治療中
手術予定部位の治療経過		

5. 治療予定

現在の口腔内状態



予定する修復治療後の状態



6. 手術に対する指示事項

7. 上下顎の石膏模型(バイトワックス含む)

有 ・ 無

8. 手術見学希望

有 ・ 無 ・ 未定

※以下、滋賀医科大学医学部附属病院記載欄

本治療計画に基づき、 ①治療を開始する ②不適合と認め治療を見合わせる