

# 「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

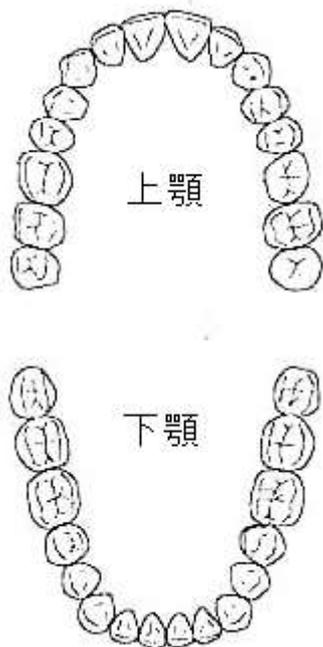
医療機関名	..... 住所 〒 ..... 電話 ..... - ..... FAX ..... - ..... E-mail .....
氏名	..... ..... .....

4. 現在までの治療経過

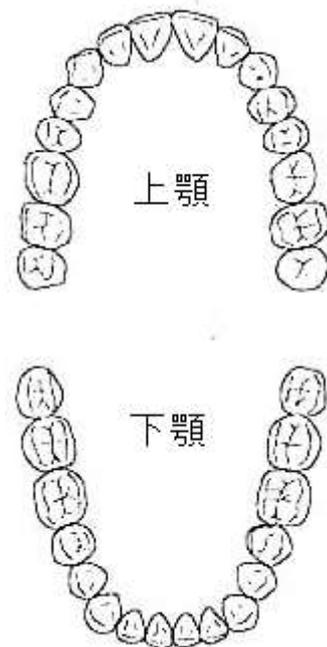
初期治療の状況 (該当するものに○)	歯周病コントロール	終了・現在治療中
	術前に必要な咬合再構成、修復処置、保存処置など	終了・現在治療中
手術予定部位の治療経過		

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