**「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） |

1. 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○） |

1. 紹介医

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

1. 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 |  |

1. 治療予定

　　　　　　　　　　　　　現在の口腔内状態　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　予定する修復治療後の状態

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　

1. 手術に対する指示事項
2. 上下顎の石膏模型（バイトワックス含む）

　　　　　　　　　　 有　・　無

1. 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

　　　　　　　　　　　　　滋賀医科大学医学部附属病院歯科口腔外科診療科長　　山　本　　　学　　印