

インプラント予診表

様

記入日付 年 月 日

はじめに

ここ近年インプラントは急速な進歩をとげて参りましたが、未だ審美的、機能的に自分の歯と全く同等とまでは申せません。この点で患者様の望まれるレベルでの審美的、機能的回復が困難であろうと予測される場合、お断りさせていただくこともございます。又、問診結果や CT 診断により、あらかじめ手術をお断りさせていただくか、リスクを御納得の上で、保証限定の形でお受けさせていただく場合がございます。詳しくは担当医、スタッフにお聞き下さい。

また、患者様の体質、既往歴を知ることは、手術法の変更等、より成功率の高いインプラント治療をスムーズに行う為の大切な参考資料となります。該当するものに○印、及び数値をご記入下さい。(尚、ご返答内容と異なる事実が後日判明した場合は、**保証対象外**となりますので、わかる範囲で、できるだけ正確にお答えください。)

未成年者 はい (満 歳) ・ いいえ

※未成年の方の場合、歯を失った経緯や原因、現在の全身状態・口腔内の状態によっては手術をお受けできかねますのでご了承ください。なお、手術前には必ず保護者様の同意が必要となります。

歯を失った経緯・・・()

その原因・・・()

歯ぎしり

無し ・ 有り又は指摘されたことがある (過去 ・ 現在) ・ わからない

くいしばり

無し ・ 有り (過去 ・ 現在) ・ わからない

糖尿病

無し ・ 指摘されたが治療せず又は中断 ・ わからない

治療中(数値 HbA1c) 薬品名() 完治(年前)

歯周病

軽度 ・ 重度 ・ わからない

骨粗鬆症

無し ・ 有り(骨密度の数値 %) 薬品名()

喫煙歴 (※加熱式タバコ・電子タバコ等新型タバコ含む)

無し ・ 有り(過去 年前に約 本/1日 ・ 現在 本/1日)

抗癌剤の服用

無し ・ 有り(過去 ・ 現在) 薬品名()

定期的に、または継続的に服用、点滴をしている (常備薬、抗がん剤などを含む)

はい (薬品名:) ・ いいえ

貧血

無し ・ 有り (過去 ・ 現在(薬品名))

- 緑内障
無し ・ 現在(薬品名)
- 人工透析を受けていますか
はい ・ いいえ
- 既往歴又は現症
(高血圧、不整脈、心筋梗塞、狭心症、脳疾患、喘息、腎臓病、蓄膿症など)
病名 () いつ (年前→完治・治療中)
※バイアスピリン(抗血栓薬)服用中の方は必ずお申し出ください。
- 現在の上記以外の内服薬
無し ・ 現在(薬品名)
- 食物、薬、麻酔時のアレルギー歴
無し ・ ある(種類:)
- 医療機関での定期的な健康チェック
受けている (年 回) ・ 受けていない
- 現在医師に注意するよう言われていることはありますか
無し ・ 有り(内容)
- 入院歴
病名 () いつ (年前) どこで ()
- 手術歴 (※鼻の手術を含む)
病名 () いつ (年前) どこで ()
手術時の合併症の有無・・・・・・・・無し ・ 有
全身麻酔の有無・・・・・・・・無し ・ 有
- インプラント手術の経験
無し ・ 有り (部位 ・ 年前)
- 歯科治療時の麻酔経験
無し ・ 有り
- 緊張
しやすい ・ ふつう ・ しにくい
- 笑気又は静脈内鎮静法の使用
希望する ・ 希望しない ・ わからない

ご協力いただき、ありがとうございました。