

## インプラント関連手術依頼書

銀座 UC デンタルインプラントセンター  
104-0061 東京都中央区銀座 4-12-19 日章興産ビル 7F  
TEL.03-3544-7711 FAX. 03-3544-7712 e-mail: info@uc-implant.com

依頼医御氏名 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_

FAX \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

患者様御氏名 \_\_\_\_\_

年 月 日生 ( 歳 ) 性別 ( )

依頼内容：必要なものを○で囲んでください

抜歯 ・ サイナスリフト ・ インプラント手術 ・ 上部構造

その他 \_\_\_\_\_

\* 使用インプラント種類： \_\_\_\_\_

インプラント埋入予定部位：○で囲んでください

8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8
8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8

最近6ヶ月以内の抜歯：( あり ・ なし )

ありの場合、部位と時期

全身的特記事項：

服用中の薬：あり (薬の名称： \_\_\_\_\_ ) ・ なし

局所的特記事項：

喫煙：( あり ・ なし )

\* 診査・診断後に当インプラントセンターよりご連絡いたします。