

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。