

患者様のインプラント情報

治療歯科医院名

住所

電話

● インプラント施術日（手術日）

年 月 日

● 手術部位

● メーカー名（インプラント名）

● 品番ラベル

シールを貼ってください。

● 上部構造物（アバットメント）装着日

年 月 日

● 品番ラベル

シールを貼ってください。

● 担当医コメント

# 口腔インプラント手帳 (施術歴)

Refreshing  
every day

爽快な毎日のために

## 患者様へ 口腔インプラント手帳とは

この手帳は、患者様本人が保管してください。  
インプラントの治療を受けた患者様に使ったインプラント材料の種類やサイズなどについて、治療を行った歯科医が記入します。  
後々に関連のある歯科治療を受けられる場合際に担当の歯科医への情報提供のためにこの手帳をお示しください。  
以下に患者様の情報を記載しておいて下さい。

氏名	(男・女)
生年月日	年 月 日生
住所	
電話	
その他の連絡	

## 歯科医の先生へ

治療に使用したインプラント治療の情報を記載ください。  
転院などの際、患者様の治療がスムーズに引き継ぎますように必要な情報を記載ください。  
使用インプラントの品番ラベルなども可能でありましたら添付ください。よろしくお願ひします。  
以下に記載例を載せますが、術式や使用インプラントのシステムに準じて記載ください。

例

治療歯科医院名 なにわ歯科医院  
住所 大阪市なにわ区1-2-3  
電話 06-6123-4567

- インプラント施術日(手術日)  
2009年6月4日
- 手術部位 765
- メーカー名(インプラント名)  
IMZインプラント
- 品番ラベル  
シールを貼ってください。
- 上部構造物(アバットメント)装着日  
2009年9月4日
- 品番ラベル  
シールを貼ってください。
- 担当医コメント  
埋入部への骨造成術を同時に施行。  
骨補填材料にβ-TCPを使用。

## 歯科医記入欄 このページから後はインプラント治療を行った歯科医師に記入してもらってください。

### 患者様のインプラント情報

治療歯科医院名

住所

電話

- インプラント施術日(手術日)  
年 月 日

- 手術部位
- メーカー名(インプラント名)

- 品番ラベル  
シールを貼ってください。

- 上部構造物(アバットメント)装着日  
年 月 日

- 品番ラベル  
シールを貼ってください。

- 担当医コメント

## 歯科医記入欄

### 患者様のインプラント情報

治療歯科医院名

住所

電話

- インプラント施術日(手術日)  
年 月 日

- 手術部位
- メーカー名(インプラント名)

- 品番ラベル  
シールを貼ってください。

- 上部構造物(アバットメント)装着日  
年 月 日

- 品番ラベル  
シールを貼ってください。

- 担当医コメント