

インプラント予診票

ご記入日 年 月 日

フリガナ		生年月日	西暦	年	月	日
氏名		年齢				才

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、インプラント治療をお断りさせていただく場合がございます。詳しくは担当医、スタッフにお聞きください。患者様の体質や既往歴を知ることが、より成功率の高いインプラント治療を行うための重要な資料となります。該当するものに○印、及び数値をご記入下さい。

※お答えいただいた内容と異なる事実が後日判明した場合、保証対象外となりますので、できるだけ正確にお答えください。

- 1 歯を失った経緯 ()
- 2 その原因 ()
- 3 糖尿病 無し 指摘されたが治療せず又は中断 わからない 完治 () 年前
 治療中 (数値: HbA1c / 薬品名:)
- 4 歯周病 軽度 重度 わからない
- 5 骨粗鬆症 無し 有り (骨密度の数値: % / 薬品名:)
- 6 抗ガン剤の服用 無し 有り (過去・現在) 薬品名 ()
- 7 定期的または継続的に服用している薬、点滴はありますか (常備薬、抗ガン剤などを含む)
 無し 有り (薬品名:)
- 8 バイアスピリン (抗血栓薬) の服用 無し 服用している ※ 必ずお申し出ください
- 9 貧血 無し 有り (過去・現在) 薬品名 ()
- 10 緑内障 無し 有り (過去・現在) 薬品名 ()
- 11 人工透析 無し 受けている
- 12 食物、薬、麻酔時のアレルギー歴 無し 有り (種類:)
- 13 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
- 14 現在、医師から注意されていること 無し 有り (内容:)
- 15 入院歴 病名 () いつ (年前) どこで ()
- 16 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 有り 全身麻酔の有無 無し 有り
- 17 インプラント手術の経験 無し 有り (部位:) / () 年前
- 18 緊張しやすいですか しやすい ふつう しにくい
- 19 笑気又は静脈内鎮静法 希望する 希望しない わからない

ご通院いただく上での大切なお知らせです。必ずお読みいただき確認のチェックをお願いいたします。

手術のキャンセル・日時変更について

- 患者様のご都合による手術のキャンセル・日時変更については、ご予約日の前々日の診療時間中 (前々日が休診の場合はその前診療日の診療時間中) までにお電話にてご連絡ください。留守番電話ではお受けしていません。前日 (前日が休診日の場合その前日の診療時間内) でのキャンセル・変更の場合には、消毒・滅菌・その他の準備費用として15,000円 (税別)、当日または無断キャンセルの場合は交通事情・駐車場状況に関わらず30,000円 (税別) を申し受けます。尚、10分以上の遅刻につきましては当日キャンセル扱いとさせて頂き、原則その日の手術はお受け致しかねますのでご注意ください。度重なる遅刻や無断キャンセルがあった場合、累積4回目以後は倍額のキャンセル料を申し受けますので予めご了承ください。

※体調不良の場合、診断書をご持参頂けましたらキャンセル料は頂きません。