

インプラント手術患者問診表

令和 年 月 日

フリガナ お名前	様	ご紹介者
ご住所		職業
お電話		(勤務先) —

以下の質問にお答えください (はい か いいえ に○をつけてください)。

1. 内科医にかかっていますか、またはかかったことがありますか？
はい いいえ
はいの方は医院（病院）の名前 _____ 医院・病院
はいの方はその病名 _____
2. いつも飲んでいる薬はありますか？ はい いいえ
はいの方はその薬の名前 _____
ステロイド（プレドニン）、免疫抑制剤は飲んでいませんか？ はい いいえ
血液が固まりづらい薬を飲んでいませんか？ はい いいえ
3. 妊娠、または妊娠の可能性はありますか？ はい いいえ
授乳中ですか？ はい いいえ
4. 歯科治療の麻酔で気分が悪くなったことはありますか？ はい いいえ
5. タバコは吸いますか？ はい いいえ
喫煙は歯周病を悪化させ、ひいてはインプラントの脱落につながります。
6. 歯磨き（ブラッシング）等のお手入れは可能ですか。 はい いいえ
インプラントは人工物のためご自分の歯以上の手入れが必要です。
インプラント埋入後はご自分でのお手入れが大切です。
7. 少なくとも2ヶ月ごとのリコールには来院可能ですか？ はい いいえ
インプラントの経過に異常を認めた場合は早期に対応し、場合によっては再埋入が必要になる場合もあります。

ポプラアベニュー歯科クリニック

担当歯科医師； 出山 文子