



## インプラントオペ依頼書

### 【ご依頼主情報】

医療機関名 \_\_\_\_\_

担当医師 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

### 【患者様情報】

氏名 \_\_\_\_\_ 性別 M ・ F

生年月日 T ・ S ・ H 年 月 日 歳

既往歴・特記事項 \_\_\_\_\_

服用中薬剤 \_\_\_\_\_

### 【ご依頼内容】

サイナスリフト ・ インプラントオペ ・ リカバリーオペ ・ ( \_\_\_\_\_ )

インプラントメーカー・サイズ ( \_\_\_\_\_ )

### 部位

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

### 詳細