

インプラント治療のためのチェックリスト

かにえ歯科

患者番号 _____ 患者氏名 _____ 記入日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

初診時用 (または応急処置後)

適応症であるかどうかの評価

患者とのコミュニケーション: 診療終了後に総括的評価を行う

大項目	小項目	問題少	問題有	特記事項記入欄
個性・性格	期待度 (予想される治療効果と患者の期待度とのギャップ)			
	治療内容の理解度 (治療内容、期間、回数、費用、成績など)			
	協力度 (禁煙、服薬、口腔清掃など)			
	家族の理解度 (未成年や高齢者の場合は特に重要)			
環境	経済環境 (メンテナンスや追加処置も考慮)			
	転居予定・可能性 (治療中断や転医の可能性)			
	通院 (方法、障害、距離、時間の制約など)			
過去の治療の問題	インプラント関連			
	歯科治療			

全身状態

大項目	小項目	問題少	問題有	特記事項記入欄
健診	これまでの健康診断結果			
	これまでの血液検査の結果			
基礎疾患	高血圧症			
	虚血性心疾患 (心筋梗塞、狭心症など)			
	呼吸器疾患 (気管支喘息、COPDなど)			
	肝機能障害			
	腎機能障害			
	消化器障害 (胃・十二指腸潰瘍など)			
	血液疾患 (貧血、血小板異常など)			
	精神疾患			
	糖尿病			
	免疫疾患 (金属アレルギーなど)			
	骨粗鬆症			
	その他疾患			
与薬など	ビスフォスフォネート系薬			
	ステロイド薬			
	抗血栓薬			
	その他の薬			

判定できない場合や評価不能・不要の場合は、「問題少」「問題有」の両方ともチェックしない

- ※ 患者の状況により、必要な項目は異なり、必ずしも全項目を正確にチェックする必要があるわけではない
 個々の項目の判定基準等は、成績や別紙マニュアル・指針を参照のこと
 ※ 「問題有」の場合は、別紙マニュアル・指針などを参照して対応する
 ※ 必要に応じて、前処置後・埋入後に使用することも可能

インプラント治療のためのチェックリスト

かにえ歯科

患者番号 _____ 患者氏名 _____ 記入日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

検査後用 (または前処置後・埋入後)

インプラント治療前の評価

大項目	小項目	問題少	問題有	特記事項記入欄
周所状態	上下顎対合関係・咬合支持 (アヒナー分類など)			
	開口距離			
	補綴用間隙			
	非可動粘膜			
	骨量 (骨高・骨幅)			
	骨質 (皮膚骨の厚さ、海面骨の密度など)			
	粘膜・顎骨病変			
口腔清掃	モチベーション			
	ブラッシング状態			
全顎的状态	歯周ポケット			
	骨形態異常 (垂直的骨欠損等)			
	根分岐部病変			
欠損隣接部	角化歯肉幅			
	歯肉の厚み			
	前庭の深さ			
歯列	歯列不正			
	不正咬合・外傷性咬合			
その他	ドライマウス			
	喫煙			
補綴装置	現義歯・Cr&Br			
咬合	ガイド (側方・前方)			
	顎位 (咬合支持・安定)			
	顎関節症			
	パラファンクション (クレンチング・グライディングなど)			
咀嚼	障害 (診断)			
	患者満足度・要望			
審美性	歯肉形態・異常			
	リップライン			
	障害 (診断)			
	患者満足度・要望			
発音	障害 (診断)			
	患者満足度・要望			
インプラントの位置・方向 (埋入後のみ)	近遠心・頬舌側的位置、方向			
	隣在インプラント (歯) との関係			
	垂直補綴空隙			
	インプラント周囲骨			