

インプラント治療のためのチェックリスト(2012年度版)

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 (未成年者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、成書や別紙マニュアル・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(2012年度版)

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
局所状態	上下顎対合関係・咬合支持 (アヒナ分類など)	✓	✓	
	開口距離	✓	✓	
	補綴用間隙	✓	✓	
	非可動粘膜	✓	✓	
	骨量 (骨高・骨幅など)	✓	✓	
	骨質 (皮質骨の厚さ, 海綿骨の密度など)	✓	✓	
	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・グラインディングなど)	✓	✓	
咀嚼	障害(診断)	✓	✓	
	患者満足度・要望	✓	✓	
審美性	歯肉形態・性状	✓	✓	
	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	✓	✓	

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