

インプラント治療のためのチェックリスト (2018年版) 2017. 10. 25

公益社団法人 日本口腔インプラント学会 医療・社会保険委員会編

患者番号 _____ 患者氏名 _____ 年齢 _____ 性別 男・女
 インプラントカード発行 _____年 _____月

1. 患者とのコミュニケーション

↓問題ありの場合に✓

大項目	小項目	初診時	埋入前	補綴前	装着後	リコール	リコール	リコール	特記事項
	日付	2016 12/21							
個性・性格	期待度 (予想治療効果と患者期待度とのギャップ)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
	治療内容理解度 (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, 高齢者, 認知症など)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
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	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	

2. 全身状態

↓問題ありの場合に✓

大項目	小項目	初診時	埋入前	補綴前	装着後	リコール	リコール	リコール	特記事項
健診	過去1年以内の健康診断未受診	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
	過去1年以内の健康診断結果	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
	過去3ヵ月以内の血液検査等	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
基礎疾患 習慣など	高血圧症	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
	虚血性心疾患 (心筋梗塞, 狭心症)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
	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)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
	認知症	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
	その他の神経疾患 (脳卒中, パーキンソン等)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
	糖尿病	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
	免疫疾患 (金属アレルギーなど)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
	骨粗鬆症	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
	ドライマウス	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
その他疾患	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
与薬など	喫煙	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
	骨粗鬆症治療薬	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
	ステロイド薬	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
	抗血栓療法	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
	その他	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	

- ※ 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
- ※ 「問題あり」の場合は, 治療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

