

(/)

--

FINESIA システム インプラント施術記録

(/)

施設名				医師名			
カルテNo.		患者名		性別	男・女	生年月日	年 月 日

1. 経過観察

部 位			
1. 免荷期間中の経過観察	免荷期間中の状態をご記入ください。		
経 過 観 察 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
歯 肉 裂 開	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
歯 肉 炎 症	高 ・ 中 ・ 軽 ・ 無	高 ・ 中 ・ 軽 ・ 無	高 ・ 中 ・ 軽 ・ 無
骨 吸 収	高 ・ 中 ・ 軽 ・ 無	高 ・ 中 ・ 軽 ・ 無	高 ・ 中 ・ 軽 ・ 無
脱 落	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
特 記 事 項			
抜去 ・ 脱離日	年 月 日	年 月 日	年 月 日

2.アバットメント装着後の観察	アバットメント装着後のフィクスチャー周囲の状態をご記入下さい。		
経 過 観 察 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
歯 肉 炎 症	高 ・ 中 ・ 軽 ・ 無	高 ・ 中 ・ 軽 ・ 無	高 ・ 中 ・ 軽 ・ 無
骨 吸 収	高 ・ 中 ・ 軽 ・ 無	高 ・ 中 ・ 軽 ・ 無	高 ・ 中 ・ 軽 ・ 無
動 揺 度	高 ・ 中 ・ 軽 ・ 無	高 ・ 中 ・ 軽 ・ 無	高 ・ 中 ・ 軽 ・ 無
脱 落	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
特 記 事 項			
抜去 ・ 脱離日	年 月 日	年 月 日	年 月 日

3.補 綴 処 置	補綴処置の内容をご記入下さい。		
上 部 構 造 装 着 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
上 部 構 造 の タ イ プ	☐ クラウン	☐ クラウン	☐ クラウン
	☐ ブリッジ	☐ ブリッジ	☐ ブリッジ
	☐ デンチャー	☐ デンチャー	☐ デンチャー
	☐ 可撤式	☐ 可撤式	☐ 可撤式
	☐ 固定式	☐ 固定式	☐ 固定式
特 記 事 項			

2. その他特記事項、総合評価

--	--	--	--