



ア ン ビ  
ANBI  
新宿歯科・矯正歯科

## インプラント関連手術依頼書

医療法人社団ASY ANBI新宿歯科・矯正歯科  
〒160-0022 東京都新宿区新宿6丁目29-11  
新宿イーストクロスタワー5F  
TEL.03-5291-6788 e-mail: info@anbidental.com

依頼医御氏名

住所

電話

FAX

e-mail

患者様御氏名

年 月 日生 ( 歳 ) 性別 ( )

依頼内容：必要なものを で囲んでください

抜歯 ・ サイナスリフト ・ インプラント手術 ・ 上部構造

その他

\* 使用インプラント種類：

インプラント埋入予定部位： で囲んでください

8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8

最近6ヶ月以内の抜歯：( あり ・ なし )

ありの場合、部位と時期

全身的特記事項：

服用中の薬：あり ( 薬の名称： ) ・ なし

局所的特記事項：

喫煙：( あり ・ なし )

\* 診査・診断後に当インプラントセンターよりご連絡いたします。