

# インプラント治療に関する問診票

記入日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

氏名： \_\_\_\_\_ 性別： \_\_\_\_\_

生年月日： \_\_\_\_\_ (年齢： \_\_\_\_\_ ) 職業： \_\_\_\_\_

住所： \_\_\_\_\_

紹介元医院名 \_\_\_\_\_

今後インプラント治療を進めていく上で重要な資料となります。当てはまる項目に○を付けてください。  
尚、プライバシーは厳守いたします

## 1. インプラント治療を希望する理由 (複数可)

- 咬めない・咬みにくい  見た目が気になる
- 入れ歯が嫌だ・合わない  歯を削りたくない
- テレビ・インターネット等の情報
- その他 \_\_\_\_\_

## 2. 過去に以下の病気にかかったことがあれば

にチェックして下さい (複数可)

- 代謝・内分泌系疾患 (糖尿病・骨粗鬆症)
- 循環器系疾患 (高血圧・心疾患)
- 消化器系疾患 (肝機能障害・腎機能障害・潰瘍)
- 耳鼻咽喉系疾患 (蓄膿症等)
- 精神疾患 (統合失調症・うつ病)
- 腫瘍 (癌) の治療既往
- 自己免疫疾患 (リウマチ等)
- 血液疾患 (貧血等)
- 特殊感染症 (B型・C型肝炎, HIV)
- 呼吸器系疾患 (喘息等)  脳血管障害
- その他 [ \_\_\_\_\_ ]

## 3. 今までに手術や輸血を行ったことはありますか?

【 はい ・ いいえ 】

「はい」の場合、いつ・どこで・病名は? \_\_\_\_\_

## 4. 今までに放射線治療を受けたことはありますか?

【 はい ・ いいえ 】

「はい」の場合、いつ・どこで? \_\_\_\_\_

## 5. 現在通っている病院はありますか?

【 はい ・ いいえ 】

「はい」の場合

医院 (科) 名: \_\_\_\_\_

## 6. 現在飲んでいるお薬はありますか?

【 はい ・ いいえ 】

「はい」の場合、お薬名は? \_\_\_\_\_

## 7. アレルギーはありますか?

【 はい ・ いいえ 】

「はい」の場合、どんな? \_\_\_\_\_

## 8. 喫煙習慣はありますか?

【 はい ・ いいえ 】

「はい」の場合 本/1日 (年間)

「いいえ」の場合 年前まで喫煙 ・ 喫煙歴なし

## 9. 今までインプラント治療を受けたことはありますか?

【 はい ・ いいえ 】

「はい」の場合、いつ・どこで? \_\_\_\_\_

## 10. 歯科治療等で血が止まりにくかったことがありますか?

【 はい ・ いいえ 】

「はい」の場合、いつ・どんな状況? \_\_\_\_\_

## 11. 歯科麻酔で具合が悪くなったことがありますか?

【 はい ・ いいえ 】

「はい」の場合、いつ・どんな状況? \_\_\_\_\_

## 12. 妊娠の可能性はありますか? (女性のみお答え下さい)

【 はい ・ いいえ ・ わからない 】

## 13. 転勤等により通院困難になる可能性はありますか?

【 はい ・ いいえ 】

「はい」の場合、いつ頃? \_\_\_\_\_

## 14. インプラント治療に関して気になること、疑問に思っていることなどがあればご記入下さい

[ \_\_\_\_\_ ]

# 歯科インプラントセンター 初診時診査プロトコール

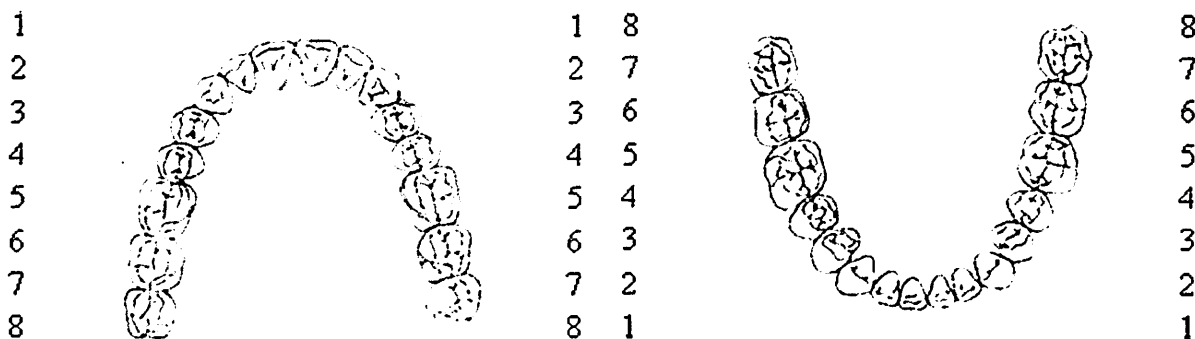
記入日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

氏名: \_\_\_\_\_ 性別: \_\_\_\_\_ 年齢: \_\_\_\_\_

診査者: \_\_\_\_\_

## 1) 口腔内所見

(0:健全歯 1:喪失歯 2:セラミック処置(咬合面) 3:メタル処置 4:ジャケット冠 5:TEC 6:インプラント 7:その他)



## 2) 残存歯歯周組織所見(残存歯数 上顎: 歯, 下顎 歯)

動揺度																			
根分岐部病変																			
B	ポケット																		
	出血																		
P	出血																		
	ポケット																		
		8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8		
L	ポケット																		
	出血																		
B	出血																		
	ポケット																		
根分岐部病変																			
動揺度																			

## 3) インプラント埋入希望部位(診査対象部位):

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

## 4) 中心咬合位での咬合支持歯

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

## 5) 側方ガイド歯

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

## 診査者コメント

## 歯科インプラントセンター 初診時補綴診査プロトコール

患者ID: \_\_\_\_\_ 患者氏名: \_\_\_\_\_

記入日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

診査者: \_\_\_\_\_

### 一般診査項目

数字記入

1) 顔貌所見(対称性)		0: 左右対称 1: オトガイ部が右偏 2: オトガイ部が左偏
2) 顔貌所見(形態)		0: Average face 1: Short face 2: Long face
3) 最大開口量(mm)		0: 40mm以上 1: 35~40mm未満 2: 30~35mm未満 3: 30mm未満 (実測値 mm)
4) 顎運動路		0: ストレート 1: 左偏 2: 右偏
5) 顎関節雑音		0: 無し 1: 左側 2: 右側 3: 両側
6) 顎関節・咀嚼筋の圧痛		0: 無し 1: 左側 2: 右側 3: 両側
7) 嘔吐反射		0: 無し 1: やや有り 2: 顕著
8) パラファンクション		0: 無し 1: ブラキシズム 2: クレンチング 3: ブラキシズム・クレンチング
9) 前歯部リップライン		0: ロー(前歯の一部が見える) 1: ミドル(前歯1本分見える) 2: ハイ(歯肉が見える)
10) 歯肉のバイオタイプ		0: 普通 1: 厚い 2: 薄い
11) 習慣性咀嚼側		0: 両側 1: 左側 2: 右側
12) 咀嚼ボタン(ロールワッテ)		0: チョッパー 1: グライディング
13) 咬合高径		0: 正常 1: 低下(生理的範囲内・経過観察) 2: 低下(要咬合挙上) 3: 過高
14) 咬合様式		0: 犬歯誘導 1: グループファンクション 3: バランスドオクルージョン 4: アンテリアガイダンス無し
15) 残存歯の咬耗状態		0: ほとんど無し 1: 軽度(年齢相応/一部の歯のみ) 2: 中等度 3: 高度
16) 咬合関係		0: 正常 1: 上顎前突 2: 下顎前突 3: 切端咬合 4: 開咬 5: 交叉咬合 6: 過蓋咬合
17) 咬合平面の乱れ		0: 無し 1: 対合歯の挺出・歯の移動による乱れ 2: 咬耗による乱れ(アンチモンソン)
18) 顔面正中に対する上顎 歯列正中線のズレ(mm)		0: 無し 1: 右偏 mm 2: 左偏 mm
19) 上顎歯列に対する下顎 歯列正中線のズレ(mm)		0: 無し 1: 右偏 mm 2: 左偏 mm
20) ケネディー分類 上顎		0: I級 1: II級 2: III級 3: IV級
21) ケネディー分類 下顎		0: I級 1: II級 2: III級 3: IV級
22) 欠損形態 上顎 (インプラント対象部位)		0: 中間 1: 遊離端 2: 混合型 3: 無歯顎
23) 欠損形態 下顎 (インプラント対象部位)		0: 中間 1: 遊離端 2: 混合型 3: 無歯顎
24) 宮地の咬合三角		0: 第Iエリア 1: 第IIエリア 2: 第IIIエリア 3: 第IVエリア
25) アイヒナー分類		0: A-1 1: A-2 2: A-3 3: B-1 4: B-2 5: B-3 6: B-4 7: C-1 8: C-2 9: C-3
26) 義歯の使用経験年数 上顎 (インプラント対象部位)		0: 無し 1: 1年未満 2: 1~2年 3: 3~4年 4: 4~5年 5: 5年以上 ( 年 )
27) 義歯の使用経験年数 上顎 (インプラント対象部位)		0: 無し 1: 1個 2: 2個 3: 3個 4: 4個 5: 5個以上 ( 個 )
28) 義歯の使用経験年数 下顎 (インプラント対象部位)		0: 無し 1: 1年未満 2: 1~2年 3: 3~4年 4: 4~5年 5: 5年以上 ( 年 )
29) 義歯の使用経験年数 下顎 (インプラント対象部位)		0: 無し 1: 1個 2: 2個 3: 3個 4: 4個 5: 5個以上 ( 個 )

診査者コメント

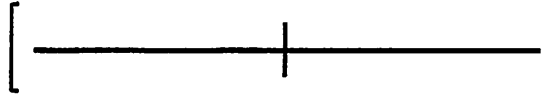
# 歯科インプラントセンター 初診時外科診査プロトコール

患者ID: \_\_\_\_\_ 患者氏名: \_\_\_\_\_

記入日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

診査者: \_\_\_\_\_

診査対象部位



部位(歯式)

34)	欠損の主な原因	0: P 1: C 2: Per 3: 破折 4: 外傷 5: 先天性欠損 6: 腫瘍 7: その他
35)	欠損期間	0: 抜歯前 1: 半年未満 2: 半年~1年 3: 1~2年 4: 2~3年 5: 3~4年 6: 4~5年 7: 5~10年 8: 10年以上 (3~7に112 0年以上~0年未満)
36)	欠損部近遠心的幅径	0: 5mm以下 1: 5.1~7mm 2: 7.1mm以上 (実測値 mm)
37)	欠損部頬舌的骨幅	0: 5mm以下 1: 5.1~7mm 2: 7.1mm以上 (実測値 mm)
39)	角化付着粘膜幅 歯槽頂~頬側	0: 0mm 1: 1mm 2: 2mm 3: 3mm 4: 4mm 5: 5mm 6: 5.1mm以上 (実測値 mm)
40)	角化付着粘膜幅 歯槽頂~舌側	0: 0mm 1: 1mm 2: 2mm 3: 3mm 4: 4mm 5: 5mm 6: 5.1mm以上 (実測値 mm)
43)	欠損部顎堤と対合歯の距離	0: 7mm以下 1: 7.1~15mm 2: 15.1mm以上 (実測値 mm)
42)	下顎管または上顎洞底までの距離	0: 7mm以下 1: 7.1~15mm 2: 15.1mm以上 (実測値 mm)
41)	骨の異常所見(X線)	0: 無し 1: 上顎洞異常 2: 骨不透過像 3: 骨透過像 4: その他

部位(歯式)

スコアと実測値記入

34)	欠損の主な原因						
35)	欠損期間						
36)	欠損部近遠心的幅径						
37)	欠損部頬舌的骨幅						
38)	角化付着粘膜幅 歯槽頂~頬側						
39)	角化付着粘膜幅 歯槽頂~舌側						
40)	欠損部顎堤と対合歯の距離						
41)	下顎管または上顎洞底までの距離						
42)	骨の異常所見(X線)						

診査者コメント