

↓当てはまる方を○で囲んで下さい。

10年保証申請書【脱落・破折】

※申請はインプラント体1本毎に行ってください。

■先生の情報

施設名					
ご住所	〒				
TEL/FAX	TEL	—	—	FAX	—
ご担当医名	外科:		補綴:		
GC担当者名					

■患者の情報

プロフィール	イニシャル _____	年齢 _____ 才	性別	<input type="checkbox"/> 男性	<input type="checkbox"/> 女性
リコール(術後)	指示通りに来院 <input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> しない				
全身的疾患の有無	<input type="checkbox"/> 疾患なし <input type="checkbox"/> 疾患あり(病名 _____) 発症時期: <input type="checkbox"/> 埋入手術前 <input type="checkbox"/> 埋入手術後				
放射線治療と副腎皮質ホルモン剤投与歴	高い線量の放射線治療歴 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (治療開始時期 <input type="checkbox"/> 埋入手術前から <input type="checkbox"/> 埋入手術後)		副腎皮質ホルモン剤長期投与歴 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (投与開始時期 <input type="checkbox"/> 埋入手術前から <input type="checkbox"/> 埋入手術後)		
喫煙	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり _____ 本/日 (手術前後の禁煙 <input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> しなかった)				
咬合習癖(ブラキシズム)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(ナイトガードの着用 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし)				
対合歯	<input type="checkbox"/> 天然歯(及び天然支台) <input type="checkbox"/> インプラント <input type="checkbox"/> 義歯				
骨質	<input type="checkbox"/> タイプI  <input type="checkbox"/> タイプII  <input type="checkbox"/> タイプIII  <input type="checkbox"/> タイプIV 				

■脱落・破折したインプラント体の情報

※「ジェネシオ」: インターナル 「セティオ」: エクスターナル 「Aadva」: コニカルコネクション

※包装函に記載

※インプラント体1本毎に申請をお願いします。	埋入部位	製品名	<input type="checkbox"/> ジェネシオPlus <input type="checkbox"/> ジェネシオ	形態	サイズ	ロット番号※
		<input type="checkbox"/> Aadva <input type="checkbox"/> セティオPlus <input type="checkbox"/> 同 Hybrid <input type="checkbox"/> セティオ		(<input type="checkbox"/> ストレート <input type="checkbox"/> テーパー)	(径 mm 長さ mm)	

■使用したアバットメント

アバットメントの種類	<input type="checkbox"/> カスタム(プレップ)アバットメント <input type="checkbox"/> UCLAアバットメント <input type="checkbox"/> スマートアバットメント(<input type="checkbox"/> 15°) <input type="checkbox"/> レディアバットメント <input type="checkbox"/> CAD/CAMアバットメント(<input type="checkbox"/> チタン <input type="checkbox"/> ジルコニア) <input type="checkbox"/> Tiベース <input type="checkbox"/> ハイブリッドアバットメント <input type="checkbox"/> コニカル(SR)アバットメント(<input type="checkbox"/> 17° <input type="checkbox"/> 30°) <input type="checkbox"/> SRチタンベース <input type="checkbox"/> ロケーターアバットメント <input type="checkbox"/> ボールアバットメント					※包装函に記載
	アバットメント締結トルク					N・cm

■使用したスクリュー

スクリューの種類	【Aadva】	<input type="checkbox"/> Aadvaアバットメントスクリュー <input type="checkbox"/> レディアバットメント(六角なし) <input type="checkbox"/> ヒーリングスクリュー <input type="checkbox"/> カバースクリュー <input type="checkbox"/> SRチタンスクリュー <input type="checkbox"/> SRゴールドスクリュー				
	【ジェネシオ】	<input type="checkbox"/> UCLAアバットメントスクリュー(<input type="checkbox"/> 新 <input type="checkbox"/> 旧) <input type="checkbox"/> ヒーリングスクリュー <input type="checkbox"/> ヒーリングアバットメント <input type="checkbox"/> コニカルアバットメントスクリュー <input type="checkbox"/> ゴールドスクリュー				※包装函に記載
	【セティオ】	<input type="checkbox"/> UCLAアバットメントスクリュー <input type="checkbox"/> ヒーリングスクリュー <input type="checkbox"/> ヒーリングアバットメント <input type="checkbox"/> コニカルアバットメントスクリュー <input type="checkbox"/> ゴールドスクリュー				ロット番号※

■経過

埋入日	_____年 _____月 _____日	二次手術日	_____年 _____月 _____日
暫間セット日	_____年 _____月 _____日	最終補綴セット日	_____年 _____月 _____日
不具合に気付いた日	_____年 _____月 _____日		
不具合に気付いた時期	<input type="checkbox"/> 二次手術前 <input type="checkbox"/> 二次手術時 <input type="checkbox"/> 印象時 <input type="checkbox"/> 暫間セット時※ <input type="checkbox"/> 暫間セット後※ <input type="checkbox"/> 補綴物セット時 <input type="checkbox"/> 補綴物セット後 ※暫間補綴物に荷重 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
インプラント除去日(又は予定日)	_____年 _____月 _____日		

■術式の情報

埋入時期	<input type="checkbox"/> 抜歯即時 <input type="checkbox"/> 抜歯早期_____週目 <input type="checkbox"/> 喪失後_____ヶ月目 <input type="checkbox"/> 喪失後_____年目
切開	<input type="checkbox"/> 通常に切開 <input type="checkbox"/> フラップレス
外科ステップ	<input type="checkbox"/> 1回法 <input type="checkbox"/> 2回法 (二次手術日 _____年 _____月 _____日)
骨造成	<input type="checkbox"/> 実施せず <input type="checkbox"/> 実施した(術式: _____)
骨造成を行った場合	骨補填材の種類(複数回答可) <input type="checkbox"/> 自家骨 <input type="checkbox"/> 自家骨以外(製品名 _____)
インプラント体埋入時トルク	_____N・cm(最大トルク)位
免荷期間中の義歯	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
補綴物セットの時期(含む暫間)	<input type="checkbox"/> 待時荷重(免荷期間_____ヶ月) <input type="checkbox"/> 早期荷重(埋入後25h~3ヶ月) <input type="checkbox"/> 即時荷重(埋入後24h以内) <input type="checkbox"/> セットせず
補綴方法	<input type="checkbox"/> 単冠 <input type="checkbox"/> 連結冠(ブリッジ含む)(_____本連結) <input type="checkbox"/> オーバーデンチャー <input type="checkbox"/> セットせず
補綴物のオフセット量	<input type="checkbox"/> 大(咬合面の範囲外) <input type="checkbox"/> 中(咬合面の範囲内) <input type="checkbox"/> 小(プラットフォームの内側)
咬合	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 反対咬合 <input type="checkbox"/> 偏荷重の咬合 <input type="checkbox"/> 咬合接触はない
補綴物の固定方法	<input type="checkbox"/> セメント <input type="checkbox"/> スクリュー

■メンテナンスについて

リコール	補綴物セット後、半年に1回以上リコールを <input type="checkbox"/> 実施した <input type="checkbox"/> 実施せず(理由 _____)
リコール時の咬合調整	<input type="checkbox"/> 咬合チェック及び修正 <input type="checkbox"/> 必ず実施 <input type="checkbox"/> 必要に応じて実施
リコール時のスクリューのチェック	<input type="checkbox"/> チェック時の締め直し <input type="checkbox"/> 必ず実施 <input type="checkbox"/> 必要に応じて実施
リコール時のスクリューの交換	<input type="checkbox"/> チェック時のスクリューの交換 <input type="checkbox"/> 必ず実施 <input type="checkbox"/> 必要に応じて実施

■脱落時・破折時の状況

脱落部位の腫脹	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
脱落部位の排膿	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
骨吸収の状態	埋入時の骨レベルから_____mm程度 骨吸収の形態 <input type="checkbox"/> 垂直的(ロート状) <input type="checkbox"/> 水平的
骨吸収が大きい場合の原因	骨吸収が大きい原因についてお考えをお聞かせください (_____)
スクリュー破折の部分	<input type="checkbox"/> スクリューの途中 <input type="checkbox"/> ヘッドと円筒部の付け根 <input type="checkbox"/> その他の部位(_____)
スクリュー破折の状況	<input type="checkbox"/> リコール時に破折していた <input type="checkbox"/> 締結時に破折した <input type="checkbox"/> その他(_____)
アバットメントスクリューの緩み	緩みの経験 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

