

インプラント外来予約時チェックリスト

医療機関名：

住所：

連絡先：

記載医師署名：

記入日 年 月 日

※医療機関同士での予約調整をお願いします。

以下の項目を必ずご担当の医師が患者に確認の上ご記入ください。

このチェックリストは紹介状と共に浜松医療センター医療連携室に送信してください。

(TEL : 053-451-2760 FAX : 053-452-9217)

患者の氏名	
生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
予約日	
紹介理由	歯科恐怖症 ・ 骨造成術 ・ 全身疾患 その他（ ）
スクリーニング ※全てにチェックが入っていることを確認ください。	☐ インプラント外来へ受診する場合の初診時の診査・診断の時点から 保険外診療 での対応となることを説明した。 ☐ 当院でインプラント治療後、貴院で補綴治療、メンテナンスを 継続して行うことができる。 （ <u>使用しているインプラントメーカー</u> ）

以下は当院でのインプラント治療時の料金の目安です。患者さんの状態によって前後しますが、患者さんへの説明時にご参考ください。（診察、検査等すべて自費となります。）

《初診時料金例》

・検査料+相談料 2万4000円程度

《手術料金例》

・インプラント埋入術(1本)+上顎洞底挙上術(全身麻酔、1泊2日入院) 90万円程度

・二次手術等の外来診察料は別途