

# 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. 術前診断

診査日	年 月 日	主訴	補綴物不適合・咀嚼障害・発音障害・その他( )					
全身所見	異常なし・高血圧・低血圧・糖尿病・その他( )							
喫煙習慣	有 (1日 本程度) ・ 無							
投薬	有 (術前 日間： ) (当日： ) ・ 無							
サージカルガイド/ステント	使用 ・ 未使用		特記事項					
口腔内所見	※凡例							
	▽：インプラント	□：ブリッジ						
	○：有髄歯	（）：デンチャー						
	⊗：無髄歯							
	×：欠損							
			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				

### 2. 画像記録

術 前	<input type="checkbox"/> 口腔内写真	<input type="checkbox"/> パノラマ	<input type="checkbox"/> デンタル	<input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> その他( )
術 中	<input type="checkbox"/> 口腔内写真	<input type="checkbox"/> パノラマ	<input type="checkbox"/> デンタル	<input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> その他( )

### 3. 手術記録

部 位			
1. インプラント体 植立・埋入	インプラント体 植立・埋入時にご記入ください。		
骨 質 の 状 態	D1 ・ D2 ・ D3 ・ D4	D1 ・ D2 ・ D3 ・ D4	D1 ・ D2 ・ D3 ・ D4
埋 入 年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
埋 入 ト ル ク	N ・ cm	N ・ cm	N ・ cm
使用インプラント	レコードカードを お貼りください。	レコードカードを お貼りください。	レコードカードを お貼りください。
骨造成	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
使用材料/骨補填材			
使用材料/メンブレン			
特 記 事 項			

2. アバットメント装着	アバットメント装着時にご記入ください。		
締 結 ト ル ク	N ・ cm	N ・ cm	N ・ cm
	※インプラントの直径やアバットメントの種類によってスクリューの締結トルクが異なります。 詳細はFINESIA Bone Level補綴マニュアルまたはTissue Level補綴マニュアルをご参照ください。		
プロビジョナル装着	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
装 着 年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
使用アバットメント	レコードカードを お貼りください。	レコードカードを お貼りください。	レコードカードを お貼りください。
特 記 事 項 アバットメント装着に関して お気付きの点をご記入下さい。			

### 4. 特記事項 (フィクスチャー・サイズの変更、抜去、脱離等の原因)

# 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

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

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	<input type="checkbox"/> クラウン	<input type="checkbox"/> クラウン	<input type="checkbox"/> クラウン
	<input type="checkbox"/> ブリッジ	<input type="checkbox"/> ブリッジ	<input type="checkbox"/> ブリッジ
	<input type="checkbox"/> デンチャー	<input type="checkbox"/> デンチャー	<input type="checkbox"/> デンチャー
	<input type="checkbox"/> 可撤式	<input type="checkbox"/> 可撤式	<input type="checkbox"/> 可撤式
	<input type="checkbox"/> 固定式	<input type="checkbox"/> 固定式	<input type="checkbox"/> 固定式
特記事項			

## 2. その他特記事項、総合評価