



提出症例リスト 記入例

	患者名 (イニシャル)	年齢	性別	埋入年月日	補綴終了時 年月日	部位	本数	骨造成の 有無	種類 (該当番号 記載)
1	M・H	50	男	2002/1/10	2002/8/1	16・17	2	無	
2	F・T	65	女	2003/4/1	2003/10/15	21	1	有	2
3									
4									

提出症例基準

※下記に当てはまる症例については提出不可となります。

- ①埋入本数が少なく、補綴学的に明らかに過重負荷となっているケース。
- ②患者の経済的理由で無理な設計をしたケース。
- ③十分な骨量があるにもかかわらず、あまりに短いインプラントを使用しているケース。
- ⑤対合歯が明らかに挺出しているものに合わせて歯冠長が少ないインプラント補綴が入っているケース。
- ⑥フィクスチャー埋入日が症例申請日より10年を超えているケース。

記入上の注意

患者名：イニシャルで記載してください。

年齢：現在の年齢を記入してください。

骨造成の種類：以下の中から選んで番号を記載してください。

- 1：ソケットリフト法
- 2：サイナスリフト法
- 3：GBR法

パノラマ写真提出のルールについて

患者様1名につき

①術前パノラマ写真1枚

②補綴装着後パノラマ写真1枚

(1口腔単位での治療終了後5年以内)※1 ※2

※1:1患者様1症例とみなす。(1患者様に複数部位の埋入でも1症例扱いとなります。)

※2:1口腔単位での治療終了後に他の部位の治療およびインプラント治療が始まった場合、その旨記載があれば
治療途中のパノラマ写真を②と認めます。