

口腔インプラントカード

このカードは、あなたの口腔内のインプラントに関する重要な情報です。
転院などの際には、提示いただくことにより、口腔内を把握するうえで大切な情報
となりますので、大切に保管してください。

お名前

様

生年月日

大正・昭和・平成

年

月

日生

住所： 〒

電話：

FAX：

歯科医院名

担当歯科医師

住所 〒

電話

インプラントに関する情報

●インプラント手術日 年 月 日

埋入部位

インプラントメーカー、タイプ

●その他特記事項