

●クリニック：

Clinic

●住所： 〒

Address/zip code

●電話番号：

Telephone (Fixed)

●担当医：

Dentist

●記入年月日：

Date ( y/m/d )

この手帳はあなたのインプラント治療の記録です。  
転院の際に重要な資料となりますので、大切に保管して下さい。  
インプラントについて判らないこと、困ったことがあるときは  
空欄にメモしておきましょう。

Memo2

この手帳に記載されたデータの一部は学会等に報告する場合がありますが、患者さんの個人情報に関する守秘義務は遵守いたします。

●医院カルテ番号

# 国際インプラント手帳

## International Implant Treatment Record

あなたのお口の大切な情報



お名前 Patient's Name	_____
	男性・女性 M・F
マイナンバー my number	_____

Memo1

公益社団法人 日本顎顔面インプラント学会

Copyright© 2023 all reserved by Japanese Academy of Maxillofacial Implants

