

インプラント治療計画

Simplant シミュレーションをご希望の場合のみご提出ください

インプラントメーカー _____ タイプ _____

直径の選択基準 前歯は細く・臼歯は太く 全体的に統一 その他 _____

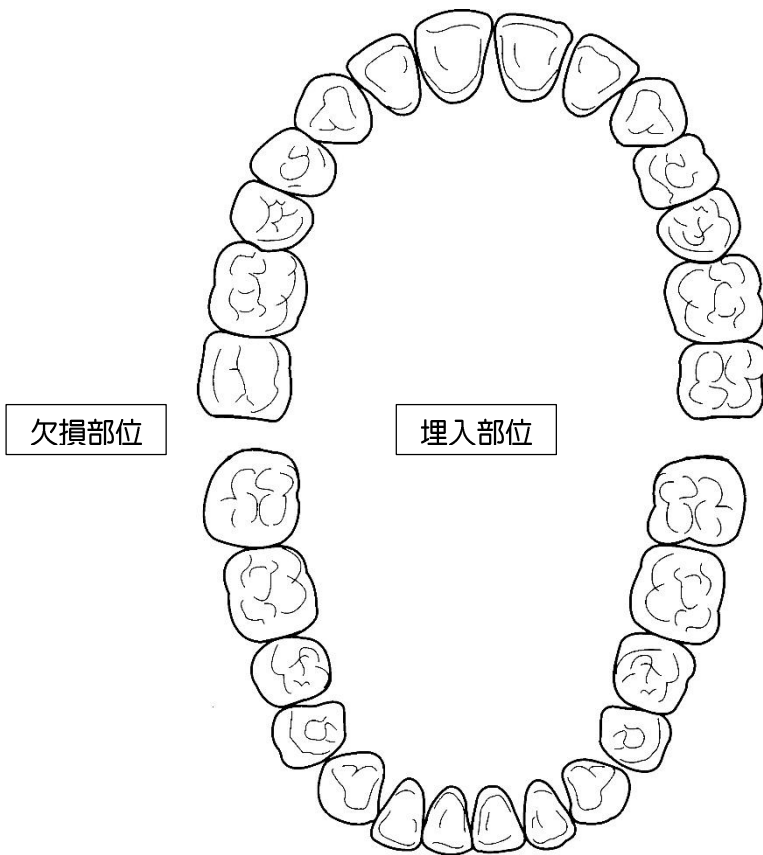
右側上顎洞挙上 有 無 左側上顎洞挙上 有 無

右側ソケットリフト 有 無 左側ソケットリフト 有 無

骨移植時は最も長いインプラントの使用 有 無 その他 _____

隔壁が存在した場合の対処 隔壁を避ける 隔壁を無視

上顎 All-on-4 の計画 有 無 上顎歯槽骨分割の計画 有 無



下顎 All-on-4 の計画 有 無 下顎歯槽骨分割の計画 有 無

下歯槽管との距離 2mm 3mm 4mm 頬舌的によけて最大長

備考