

NPO法人歯科医療情報推進機構のインプラントセーフティマーク審査を申し込みます。

申 込 日 平成 年 月 日

診療所名			
診療科目			
開設者		開設年月日	
インプラント術者	(ふりがな)	インプラント術者 出身大学	卒業年度 ( )年度
院長	(ふりがな)	院長 出身大学	卒業年度 ( )年度
インプラントマネージャ	(ふりがな)	認定番号	
		印	
医院地址	〒		
電話	( )	-	
FAX	( )	-	
スタッフの人数(含非常勤)			
ホームページ(URL)			
医療機関コード			
所属歯科医師会			
本制度をどこでお知りになりましたか。 <input type="checkbox"/> 知人の紹介(ご紹介者: ) <input type="checkbox"/> Webを見て <input type="checkbox"/> 機構からの案内 <input type="checkbox"/> その他( )			

連絡責任者	(ふりがな)	
		印
電話	( )	-
FAX	( )	-
e-mail		
訪問審査の希望時期	第1希望:	年 月頃
	第2希望:	年 月頃

上記必要事項をご記入の上、下記宛に郵送またはFAXにてご送信願います。

【送付先】特定非営利活動法人 歯科医療情報推進機構

〒113-0033 東京都文京区本郷3-26-6 NREG本郷三丁目ビル6階

電話 03-5842-5540

FAX : 03-5842-5541

※歯科医療情報推進機構記入欄

受付日 : 平成 年 月 日

受付番号:

インプラント・セーフティマーク  
審査項目 Ver. 1.1

第一次審査調査票

1. インプラント術者の経歴について

- ① 出身大学、卒業年月日を記載してください

---

- ② 年齢を記載してください

---

- ③ インプラントに関する資格を記載してください

---

- ④ 卒後履歴・インプラント履歴を別紙1に履歴書形式で記載してください

2. インプラント術者のインプラント治療実績について

- ① 術者のインプラント実績（過去5年間）を年ごとに、本数および手術件数を記載してください

平成	年	本	件
平成	年	本	件
平成	年	本	件
平成	年	本	件
平成	年	本	件

- ② 現在使用しているインプラントのメーカー・種類を別紙2に記載してください

- ③ インプラント購入実績（過去5年間）を記載してください

平成	年	本
平成	年	本
平成	年	本
平成	年	本
平成	年	本

④ 実施している治療方法について

行っている治療方法の□にチェック☑を入れてください

抜歯即時インプラント     オールオン4     骨誘導再生術 (GBR)

骨移植術     サイナスリフト (上顎洞底挙上術)  ソケットリフト

3. 所属学会および入会年を別紙2に記載してください

4. 教育・研修履歴を(過去5年間) 別紙3に記載してください

(研修歴、研究歴、発表歴、学会参加歴)

5. 施設、設備について

該当する□にチェック☑を入れてください

オペ室 (空気清浄システムを完備した病院レベルの部屋がある)

无影灯 (ユニットに付属の物ではなく、オペ用の物がある)

エアクリーナー (市販の家電製品ではなく、医療用のものがある)

麻酔機器 (笑気麻酔、静脈内鎮静法用の機器がある)

CT     シミュレーションシステム     クラス B 滅菌器     ピエゾ

光機能化装置     AED     生体情報モニター     救急蘇生キット

オステル     ペリオテスト     顎機能診断機器

6. 配置図を別紙4に記載してください

7. インプラント・マネージャーの認定番号を記載してください

8. 組織図を別紙5に記載してください

9. 訴訟はありますか（過去、現在）、その内容・結果について記載してください

---

10. 混合診療を行っていませんか  
（混合診療の有無、内容、ポリシーなどを記載してください）

---

11. インプラント体はすべて厚生労働省認可のものを使用していますか  
（使用状況、内容などを記載してください）

---



## 別紙 2

現在使用しているインプラントのメーカー・種類

--

所属学会および入会年

--

別紙 3 教育・研修履歴(研修歴、研究歴、発表歴、学会参加歴)

平成 年

平成 年

平成 年

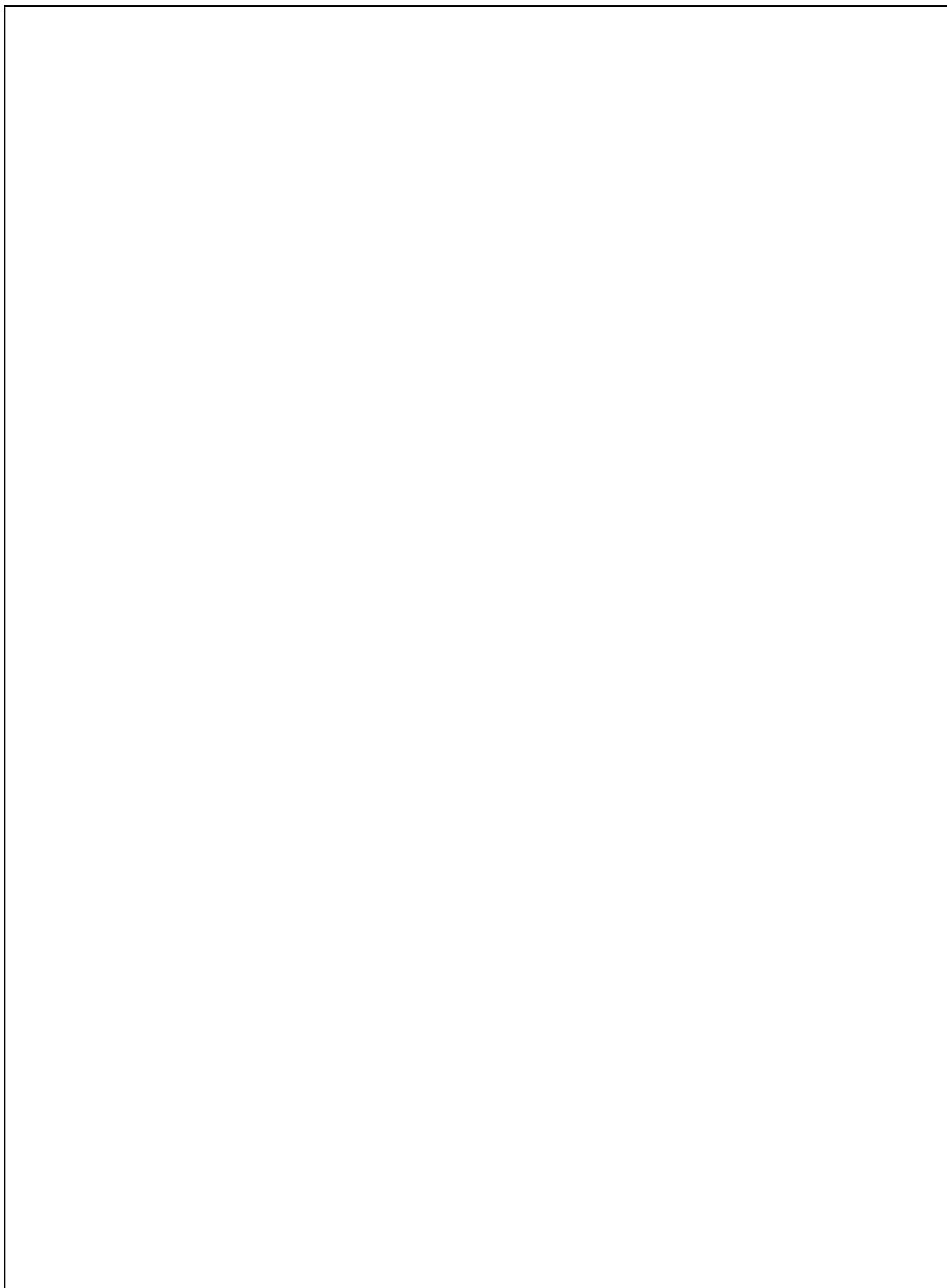
平成 年

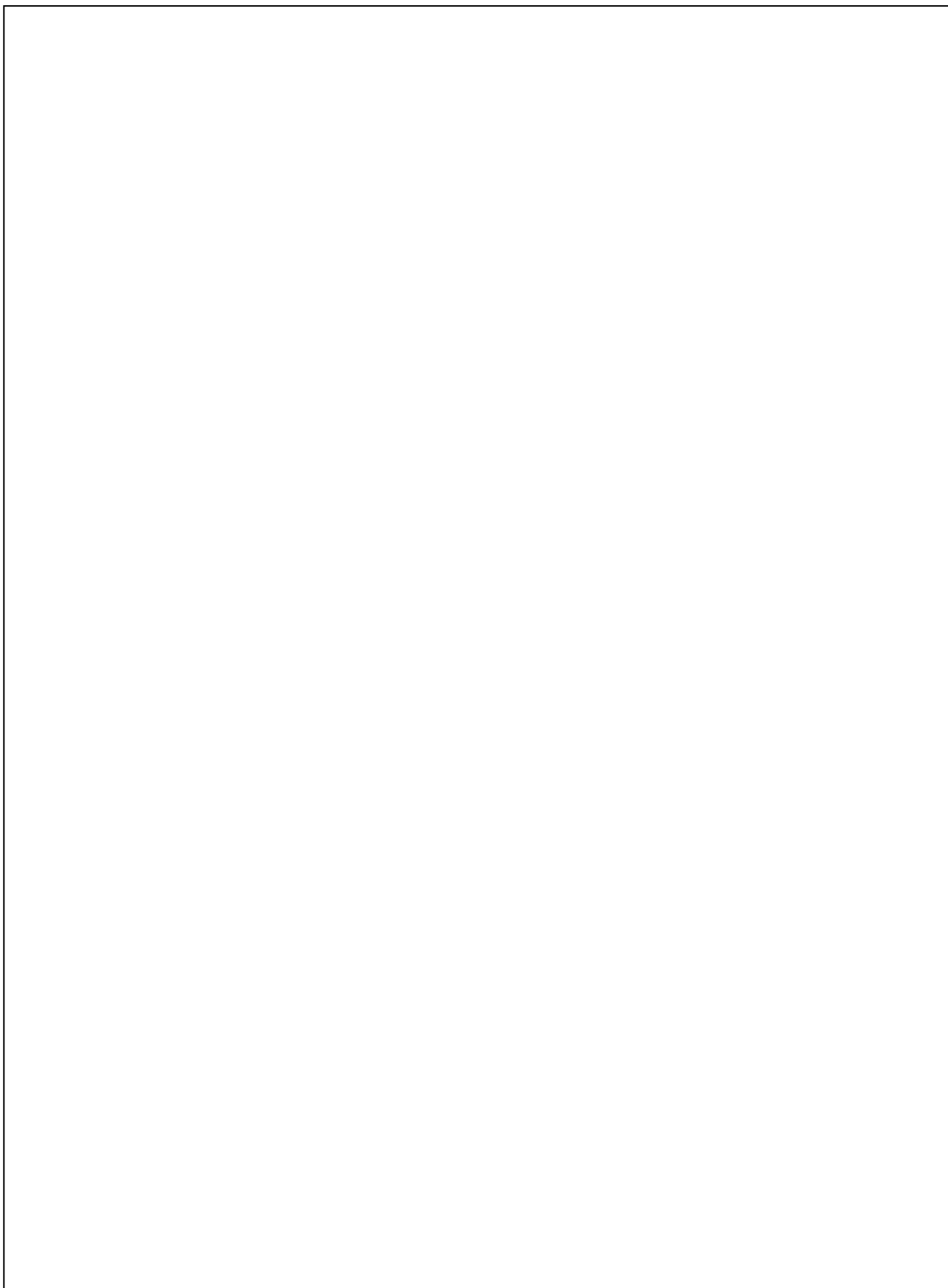
平成 年



別紙 4

配置図





別紙 4

配置図



