

インプラント術をお受けになる患者様へ ～治療計画および見積書～

ID	氏名	様	年 月 日 生
----	----	---	---------

- * 下記の治療計画に基づき、治療費をお見積りしました。ご不明な点はお尋ねください。
- * 実際にインプラント治療を行わなかった場合でも、実施した精密検査の料金は請求させていただきます。
- * 準備の都合上、当日キャンセルの場合は、理由のいかんに関わらずキャンセル料として5,000円請求致します。
- * 下記の治療費の他に、レントゲン費用・手術前の血液検査料・手術後のインプラント部分の管理料については別途、実費でお支払いいただきます。
- * 治療の進行具合によっては治療計画および見積り金額に変更が生ずることがあります。

<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>						
インプラント植立部位	()本						
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">7 6 5 4 3 2 1</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">1 2 3 4 5 6 7</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">7 6 5 4 3 2 1</td> <td style="text-align: center;">1 2 3 4 5 6 7</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </td> <td style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </td> </tr> </table>	7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7	7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7						
7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7						
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>						

治療費の内訳：数回に分けてお支払いいただく予定です。(料金表示はすべて税込み)

●検査および検討の結果説明の際にお支払いいただきます。	
<input type="checkbox"/> 精密検査および診断料 <input type="checkbox"/> 診断用模型作成 <input type="checkbox"/> 単純X線撮影 <input type="checkbox"/> CT-X線撮影 <input type="checkbox"/> プランニング	(1口腔につき) 円

●一次手術（インプラント植立）の際にお支払いいただきます。	
<input type="checkbox"/> インプラント植立料 <input type="checkbox"/> インプラント植立 ()本 <input type="checkbox"/> 骨造成術 <input type="checkbox"/> サイナスリフト	円

* 治療促進の為、血液を採取し遠心分離器で血餅を作り、創部に戻すことがあります(再生医療)。

●かぶせ物を装着した際にお支払いいただきます。	
<input type="checkbox"/> インプラント植立後の手術料 <input type="checkbox"/> 二次手術料 <input type="checkbox"/> 粘膜移植術料	円
<input type="checkbox"/> 治癒期間の管理料 <input type="checkbox"/> 暫間補綴物(仮の歯)作成・装着料 <input type="checkbox"/> 上部構造システム(土台)の材料費 <input type="checkbox"/> 精密印象(型採り)	円
<input type="checkbox"/> 補綴物(かぶせ物)の料金 <input type="checkbox"/> 補綴物の作成・装着料 <input type="checkbox"/> 装着後の管理指導料	円
円	

見積り総額	円(税込み)
-------	--------

作成日	年 月 日	担当歯科医師
-----	-------	--------