GC Implant

申請日＿＿＿＿年 ＿＿月＿＿＿日

申請者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

10年保証申請書【 脱落 ・ 破折 】←当てはまる方を〇で囲んで下さい。

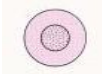
※2026年9月改訂版

※申請はインプラント体1本毎に行ってください。

■先生の情報

施設名	
ご住所	〒
TEL/FAX	ＴＥＬ　－　－　FAX　－　－
ご担当医名	外科：　補綴：
GC担当者名	

■患者の情報

プロフィール	イニシャル　年齢 ＿＿＿＿才　性別 □男性 □女性	
リコール（術後）	指示通りに来院 □した □しない	
全身的疾患の有無	□疾患なし □疾患あり （病名　発症時期： □埋入手術前 □埋入手術後）	
放射線治療と副腎皮質ホルモン剤投与歴	高い線量の放射線治療歴 □なし □あり （治療開始時期 □埋入手術前から □埋入手術後）	副腎皮質ホルモン剤長期投与歴 □なし □あり （投与開始時期 □埋入手術前から □埋入手術後）
喫煙	□なし □あり＿＿本/日 （手術前後の禁煙 □した □しなかった）	
咬合習癖 （ブラキシズム）	□なし □あり （ナイトガードの着用 □あり □なし）	
対合歯	□天然歯（及び天然支台） □インプラント □義歯	
骨質	□タイプⅠ  □タイプⅡ  □タイプⅢ  □タイプⅣ 	

■脱落・破折したインプラント体の情報　※「ジェネシオ」：インターナル　「セティオ」：エクスターナル　「Aadva」：コニカルコネクション　※包装函に記載

※インプラント体1本毎に申請をお願いします。	埋入部位	製品名	□ジェネシオPlus □ジェネシオ □Aadva □セティオPlus □同 Hybrid □セティオ	形態 サイズ	（□ストレート □テーパー） （径　mm 長さ　mm）	ロット番号※

■使用したアバットメント

アバットメントの種類	□カスタム（プレップ）アバットメント □UCLAアバットメント □スマートアバットメント（□15°） □レディアバットメント □CAD/CAMアバットメント（□チタン □ジルコニア） □Tiベース □ハイブリッドアバットメント □コニカル（SR）アバットメント（□17° □30°） □SRチタンベース □ロケーターアバットメント □ボールアバットメント	※包装函に記載 ロット番号※ アバットメント締結トルク	N・cm

■使用したスクリュー

スクリューの種類	【Aadva】	□Aadvaアバットメントスクリュー □レディアバットメント（六角なし） □ヒーリングスクリュー □カバースクリュー □SRチタンスクリュー □SRゴールドスクリュー
	【ジェネシオ】	□UCLAアバットメントスクリュー（□新 □旧） □ヒーリングスクリュー □ヒーリングアバットメント □コニカルアバットメントスクリュー □ゴールドスクリュー　※包装函に記載
	【セティオ】	□UCLAアバットメントスクリュー □ヒーリングスクリュー □ヒーリングアバットメント □コニカルアバットメントスクリュー □ゴールドスクリュー　ロット番号※

■経過

埋入日	＿＿＿年 ＿＿＿月 ＿＿＿日	二次手術日	＿＿＿年 ＿＿＿月 ＿＿＿日
暫間セット日	＿＿＿年 ＿＿＿月 ＿＿＿日	最終補綴セット日	＿＿＿年 ＿＿＿月 ＿＿＿日
不具合に気付いた日	＿＿＿年 ＿＿＿月 ＿＿＿日		
不具合に気付いた時期	□二次手術前 □二次手術時 □印象時 □暫間セット時※ □暫間セット後※ □補綴物セット時 □補綴物セット後		
	※暫間補綴物に荷重 □あり □なし		
インプラント除去日（又は予定日）	＿＿＿年 ＿＿＿月 ＿＿＿日		

■術式の情報

埋入時期	□抜歯即時 □抜歯早期＿＿＿週目 □喪失後＿＿＿ヶ月目 □喪失後＿＿＿年目
切開	□通常に切開 □フラップレス
外科ステップ	□１回法 □２回法 （二次手術日 ＿＿＿年 ＿＿月 ＿＿日）
骨造成	□実施せず □実施した （術式： ）
骨造成を行った場合	骨補填材の種類（複数回答可） □自家骨 □自家骨以外 （製品名 ）
インプラント体埋入時トルク	＿＿＿N・ｃｍ（最大トルク）位
免荷期間中の義歯	□あり □なし
補綴物セットの時期（含む暫間）	□待時荷重（免荷期間＿＿＿ヶ月） □早期荷重（埋入後25h～3ヶ月） □即時荷重（埋入後24h以内） □セットせず
補綴方法	□単冠 □連結冠（ブリッジ含む）（＿＿＿本連結） □オーバーデンチャー □セットせず
補綴物のオフセット量	□大（咬合面の範囲外） □中（咬合面の範囲内） □小（プラットフォームの内側）
咬合	□正常 □反対咬合 □偏荷重の咬合 □咬合接触はない
補綴物の固定方法	□セメント □スクリュー

■メンテナンスについて

リコール	補綴物セット後、半年に１回以上リコールを □実施した □実施せず （理由 ）
リコール時の咬合調整	咬合チェック及び修正 □必ず実施 □必要に応じて実施
リコール時のスクリューのチェック	チェック時の締め直し □必ず実施 □必要に応じて実施
リコール時のスクリューの交換	チェック時のスクリューの交換 □必ず実施 □必要に応じて実施

■脱落時・破折時の状況

脱落部位の腫脹	□なし □あり
脱落部位の排膿	□なし □あり
骨吸収の状態	埋入時の骨レベルから＿＿＿mm程度 骨吸収の形態 □垂直的（ロート状） □水平的
骨吸収が大きい場合の原因	骨吸収が大きい原因についてお考えをお聞かせください （ ）
スクリュー破折の部分	□スクリューの途中 □ヘッドと円筒部の付け根 □その他の部位（ ）
スクリュー破折の状況	□リコール時に破折していた □締結時に破折した □その他（ ）
アバットメントスクリューの緩み	緩みの経験 □あり □なし

■脱落原因について

今回の脱落は何が主な原因だとお考えですか（複合回答可）	□全身疾患又は薬の服用　□多用喫煙　□咬合習癖　□口腔衛生の不良　□歯周病 □埋入窩の熱傷　□埋入時の骨への圧迫　□骨量，骨質の条件　□ヒーリングアバットメントへの過負荷 □補綴物(暫間含む）への過負荷　□不明　□その他(　　)

■破折原因について

今回の破折は何が主な原因だとお考えですか(複合回答可）	□咬合習癖　□インプラント体への過負荷　□患者の不注意　□外傷　□骨吸収 □不明　□その他（　　）

■回復治療に必要な製品を教えてください。(補填金をご選択された場合もご使用になられたパーツ名をご記入ください)

必要なインプラント体	□ジェネシオPlus □ジェネシオ　□セティオPlus　□セティオPlus Hybrid　□セティオ　□補填金 □Aadva　（□ストレート　□テーパー）　（径　　mm　長さ　　mm）	製品番号※	
必要なアバットメント（ご使用されたアバットメント）	製品名	製品番号※	

※カタログに記載

※本申請書と撤去したインプラント体と上部構造は弊社営業担当にお渡しください。

※インプラント体と上部構造は必ず滅菌をしてください。

※現品交換による保証がご不要な場合、または弊社在庫状況等により交換品をご提供できない場合は、現品相当額を補填金としてお支払いさせていただきます。

補填金算出のため、ご使用されたインプラント体およびアバットメントを漏れなくご記入ください

10年保証の対応を補填金にて行う場合は、下記の口座情報をご記入ください。

銀 行 名		支 店 名		
銀行コード		支店コード		
口座の種類(いずれかに〇)	普通 ・ 当座 ・ その他(　　)	口座番号		
口座名義人				
口座名義(カナ) *通帳等に登録されているカナ表記をご記入ください。				

※本保証に基づく保証内容の履行ではなく、補填金を選択された場合、ご指定の銀行口座に対する振込対応となります。

口座情報(銀行名・支店名・口座番号・口座名義)に誤りがある場合、補填金のお振込みができません。

通帳またはキャッシュカードをご確認のうえ、正確にご記入ください。

※補填金のお手続きは、ご申請の皆様からの申請書を毎月末日で締め切り、当該締め切り分について翌月20日振込を予定しております。

ただし、 申請内容の確認や事務手続きの都合により、翌々月のお支払いとなる場合があります。