

インプラント治療に欠かせない全身チェックを
簡易血液検査キットで迅速に!

DEMECAL インプラントリスクチェッカー

東京歯科大学教授・井上 孝 歯学博士 監修

インプラント治療前に必要な全身チェックが
簡便にできるようになりました!!



**インプラント治療において糖尿病は
リスクファクターの一つです!**

現在の歯科医療は検査の文化が確立されておらず、数値を根拠とした治療ではなく患者問診結果にて治療を進めるケースがあります。

その結果インプラント埋入後のトラブルが発生する事例も多々ございます。この様な事態を避けるためにも全国12の国公立大学「国公立歯科大学病院会議」

(9.17開催)にて「口腔検査センターの設置」が決議されました。

目的は『数値(根拠)に基づく歯科医療』を目指すことです。

※インプラントジャーナル2016 68号に詳細記事掲載

簡単

指先から簡単に採血するだけ

(糖代謝・肝・腎・コレステロール機能・栄養状態チェック)
指先のほんのわずかな血液(0.065ml)でできる血液検査

迅速

検査結果は検体返送後、4~5日でWebシステムにて閲覧可能。

ご注文もシステム上で簡単に行えます **※事前に個別の医院登録が必要です。**

信頼

厚生労働省から管理医療機器認可を受けた信頼できる医療機器です。

- 世界初の即時血漿分離血液検査(日・米・欧で特許取得)
- 医療機関と同等の検査精度
- 米国疾病管理予防センター(CDC精度)認証
- 製造販売業者 富士フィルム株式会社



検査項目

- TP(総タンパク) ●**Alb(アルブミン)** ●GOT(AST) ●GPT(ALT)
- γ-GTP(ガンマGT) ●TC(総コレステロール)
- TG(中性脂肪) ●**HDL-C(HDLコレステロール)**
- Glu(血糖) ●BUN(尿素窒素)
- Cre(クレアチニン) ●UA(尿酸) ●**HbA1c(グリコヘモグロビン)**

販売
価格

インプラントリスクチェッカー
1セット:

8,000円 (税別)

**6セット以上まとめてお買上げの場合、
1セット 7,000円 (税別) になります。**

※1セットの価格に含まれるもの

- ・検体採取容器(デバイス本体及び付属品一式) ・送料
- ・検査料金 ・検査結果DB保管(Web閲覧可) ・システム使用料

GuideDent

お電話でのお問い合わせは

03-5790-5260 (平日 10:00 ~ 19:00)

株式会社ガイドデント

<http://www.guidedent.co.jp>

東京都渋谷区幡ヶ谷1-34-14 宝ビル4階

『口腔インプラント治療指針2016』Ⅲ.診察と検査より抜粋

インプラント治療は外科処置を伴うために、全身の状態によりその患者がインプラント治療を適応できるか、あるいは非適応であるかを診断する。そのためには必要に応じて血液一般検査、血液生化学検査、尿検査、心電図検査、胸部エックス線検査、医科との対診などを行う。大学病院ではルーチンにこれらの検査を行っているところが多い。少なくとも患者の健康診断の検査データをチェックし、理解した上で治療を開始するべきである。

1) 全身の診察

インプラント治療は前述のように観血処置を伴うため、通常の歯科治療以上に詳細な全身状態の把握が必要である。インプラント治療の前に医療面接（問診）を行い、上記の臨床検査を実施し、必要に応じて内科などへの照会や対診により、患者の全身状態を把握する。重度の糖尿病やコントロールされていない高血圧症は手術のリスクが高い。血栓形成のリスクがある患者ではワルファリンカリウム（ワーファリン®）、アスピリン（バイアスピリン®、バファリン®）などの抗血液凝固薬（抗凝固薬）および抗血小板薬が、また骨粗鬆症ではビスフォスフォネート系薬剤などが使用されていることがあり、十分な注意が必要である。

禁忌症とは、全身的、局所的状態からインプラント治療を行ってはならない症例であり、これには絶対的禁忌症と相対的禁忌症がある。相対的禁忌症は状態が改善されれば適応症として扱うことが可能であり、上記のコントロールされていない感染症や糖尿病、高血圧症などがそれである。これに対し、絶対的禁忌症は病状の改善が望めない疾患を有する場合で、重症心臓病、先天性血液凝固因子欠乏症、腎透析患者、末期の悪性腫瘍患者などがこれである。

さらに多くの全身疾患は併発症を有し、それぞれの症状と関連しているため、全体としてのリスクを把握する必要がある。

インプラントリスクチェッカー 申込書

お申込みを希望・資料請求は、下記よりお気軽にお申しください。

申込希望 / 資料請求 (どちらかに○をお付け下さい。)		必要事項をご記入いただき、下記FAX番号までご送信ください。 FAX:03-5790-5267	
医院名		お名前	
ご住所			
TEL		e-mail	

ご確認後、担当営業よりご連絡をさせていただきます。