

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!!



インプラントオペに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」(2016年開催)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。

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)**

迅速

検査結果は検体送付後、4~5日でWEBシステムにて閲覧が可能です。
ご注文もWEB上で簡単に行えます。 **※事前に個別のご登録が必要です。(登録無料)**

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**



価格

インプラントリスクチェッカー 1箱~5箱の場合、単価8,000円(税別)

インプラントリスクチェッカー 6箱以上は単価7,000円(税別)

※商品の発送は1箱の場合は定形外郵便(普通郵便)利用、2箱以上はゆうパック利用となります。

ご利用の流れ



ご注文には医院様情報のご登録が必要です。裏面記入にてご登録ください。

裏面の必要事項をご記入の上、(株)インプラテックス宛てFAX送信ください。(登録無料)

登録完了後、(有)プライメックよりご登録頂いたアドレスにマニュアル等資料データをお送りいたします。

WEBシステムから「インプラントリスクチェッカー」をご注文ください。

「インプラントリスクチェッカー」にて説明書通りに医院内で指先から採血実施します。

検査センターへ検体を送付します。(送料無料)

検体送付後、4~5日でWEBシステムにて閲覧・ご確認頂けます。

お問い合わせはこちら ▶ 株式会社インプラテックス:TEL.03-5850-8555

取扱元 有限会社プライメック 高度管理医療機器等販売業・貸与業 許可番号 第111130099号

〒226-0011横浜市緑区中山町307-8 TEL.045-511-7255 FAX.045-511-7256 携帯:090-6650-8739URL: implant-riskchecker.com e-mail info@mac-sugiyama.com

現在の歯科インプラント治療において、患者様の術前の全身疾患管理は必須と言われておりますが、患者様ご自身による病院での検査は、大きな負担になるのも事実です。

今回ご紹介いたします「インプラントリスクチェッカー」は、歯科医院様内において簡単に必要な血液検査ができる検査システムです。本システムは、専用のキットで指先から少量の血液を採取し、検査センターへ送付頂くだけで、糖代謝・肝機能・脂質代謝・腎機能等のインプラント治療において必要な項目が高い精度で検査され、その結果をWEBシステムにてご確認頂けます。

ご利用に際しましては事前のご登録が必要となりますので、必要な時にいつでもご利用頂けるように、まずは下記 clinic登録申請書にてご登録くださいますようお願いいたします(登録無料)。術前検査、また、術後～メインテナンス時の患者様の継続した健康管理等にご活用ください。

なお、お問い合わせ・詳細のご案内は下記で承っておりますので、お気軽にご連絡ください。

問い合わせ先:株式会社インプラテックス TEL.03-5850-8555

clinic登録申請書のFAX送信先:FAX.03-5850-8505



商品詳細ページ
インプラテックスWEBサイト

clinic登録申請書

項目欄	記入欄						記入例
clinicコード	1	2	0				← こちらは空欄でお願いします。
clinic名称							ITXデンタルクリニック (必須)
郵便番号	〒						〒100-9999 (必須)
都道府県							東京都 (必須)
市区町村							千代田区 (必須)
町域以下							霞ヶ関100-99 (必須)
ビル・建物名							霞ヶ関100丁目ビル10F (必須)
電話番号							03-9999-9999 (必須)
担当者名							山田 太郎 (必須)
メールアドレス							imaplant@risk.com (必須)
ホームページURL							下記の患者向けサイトへの掲載をご希望された場合は必須となります。

※本書に記載される情報は登録・連絡に使用いたします。送付物受取が可能なご住所をお書きください。尚、頂いた個人情報は資料及び情報提供以外の目的には使用いたしません。弊社の個人情報に関する方針の詳細は弊社ホームページにも記載しております。http://www.itx.co.jp

インプラントリスクチェッカーにつきましてご確認後、下記項目の にチェックをお願いいたします。

インプラントリスクチェッカーを使用するための医院登録に同意いたします。

インプラントリスクチェッカー患者向けサイトでの貴院情報の掲載について

掲載する

掲載しない

※ご登録の完了には1週間ほどかかります。ご登録後、(有)プライメックよりご記入のメールアドレスに資料をお送りいたします。

ご登録お申込みは
24時間受付

FAX: 03-5850-8505

(FAX送信先:株式会社インプラテックス)