

細菌検査依頼書

sample No. _____

ver.070105

ID	
氏名 (カタカナ)	性別
生年月日	
受付日 管理 No.	

Dr. _____

抗生物質投与：全身・局所・無

易感染・感染症 (_____)

diag. : AP・EOP・(_____)

Phase : FV・IP後・Ope後・Maintenance・(_____)

全身疾患 (化学療法の Phase なども含めて), 検査理由 _____

	Tooth	Site	Pocket depth
1		BM・BD・PM・PD LM・LD・その他 ()	mm
2		BM・BD・PM・PD LM・LD・その他 ()	mm
3		BM・BD・PM・PD LM・LD・その他 ()	mm
4		BM・BD・PM・PD LM・LD・その他 ()	mm
5		BM・BD・PM・PD LM・LD・その他 ()	mm
6		BM・BD・PM・PD LM・LD・その他 ()	mm
7		BM・BD・PM・PD LM・LD・その他 ()	mm
8		BM・BD・PM・PD LM・LD・その他 ()	mm