

歯科補綴学に関連する領域の疾患の治療記録

氏名

印

治療を終了した症例

患者名 (イニシャル)		性別	男 ・ 女
M ・ T ・ S ・ H	年生	初診	平成 年 月 日
診 断*			
症例の主題**			
治療内容			
経 過			
考 察			
指導医の意見 (初回申請時のみ)			
平成 年 月 日			指導医氏名
			印

記載上の注意：○○欠損等の保険病名は不可

例えば「すれ違い咬合による咀嚼障害」など、病態が理解できるよう簡潔に表現すること。