

欠損補綴治療症例（歯質欠損症例・欠損歯列症例・無歯顎症例）に関する治療記録

氏名

印

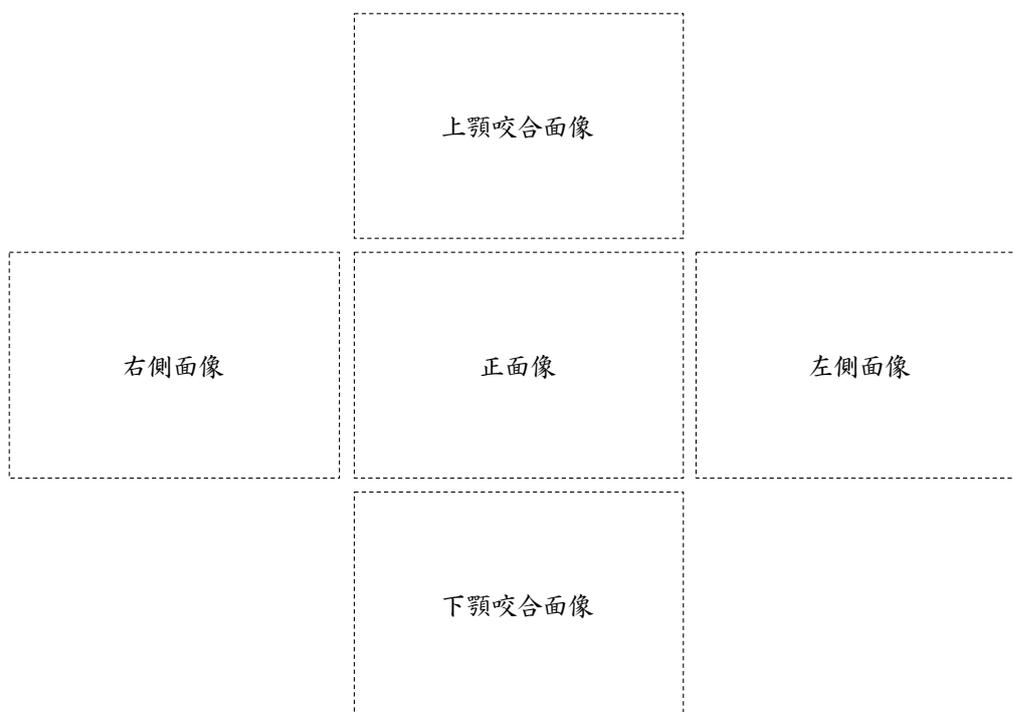
治療を終了した症例

患者名 (イニシャル)			性別 男・女
西暦	年生	初診	西暦 年 月 日
診 断	<p>「補綴歯科治療の病名」に準拠した病名を用いること。〇〇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。</p>		
症例の主題			
症例の概要			
治療計画			

初診時 X線写真、口腔内写真（正面、上下顎、側面）、およびその他検査所見

・X線写真

・口腔内写真（正面像、上下顎咬合面像、側面像）（枠内へ写真を貼付）

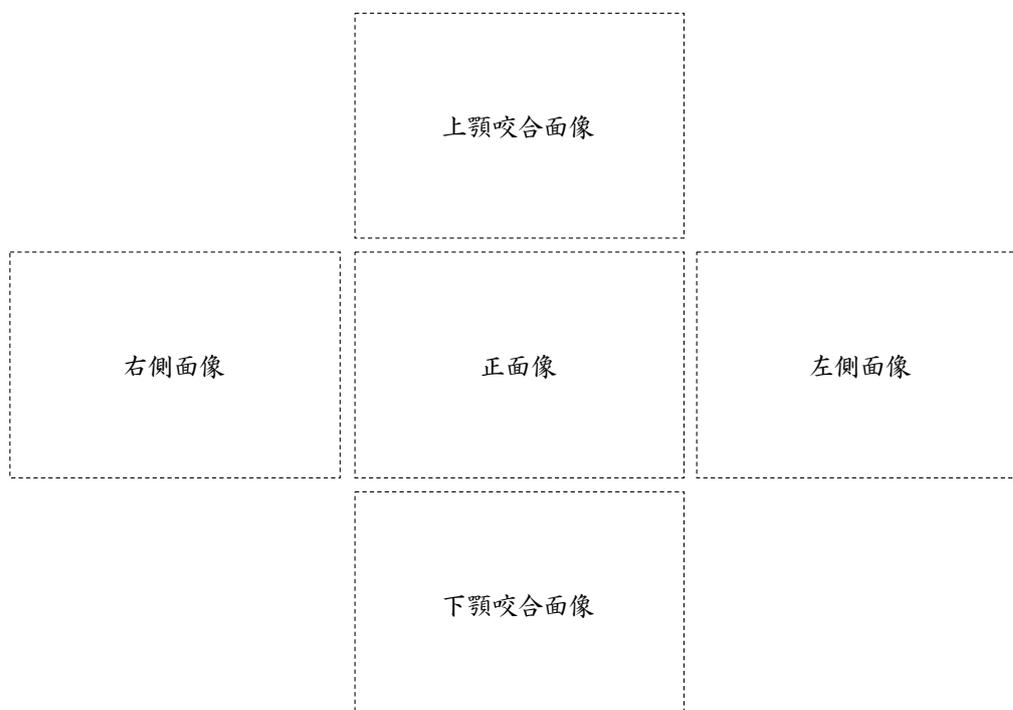


その他検査所見

治療内容と経過

治療終了時の口腔内写真およびその他検査所見

- ・口腔内写真（正面像、上下顎咬合面像、側面像）（枠内へ写真を貼付）



- ・その他検査所見

考察

指導医の意見

西暦

年

月

日

指導医氏名

印