[様式-修６]

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 | 「補綴歯科治療の病名」に準拠した病名を用いること。○○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。 | | |
| 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 | | | |