歯科補綴学に関連する領域の疾患の治療記録

氏名

治療を終了した症例

M · T · S · 日 年生 初 診 西暦 年 月 日 診 断	患者名(イニシャル)							性	別		男	•	女	
左例の主題 治療内容 経 通	$M \cdot T \cdot S \cdot$	Н	手生			初	診	西曆		年		月		日
 経	診断													
終 過 考 察	症例の主題													
考察	治療内容													
考察														
考察														
考察														
考察	经 温													
	<u> </u>													
指導医の意見(初回申請時のみ)	考察													
指導医の意見(初回申請時のみ)														
指導医の意見(初回申請時のみ)														
	指導医の意見 (初回申請	時のみ)												
西曆 年 月 日 指導医氏名 印		西曆	年	月	日 指	導医氏	名						钌	7

記載上の注意:「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。