

術後診査票

施設 _____ -

カルテ番号 _____ -

担当医 _____

コーディネーター _____

記録年月日 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日

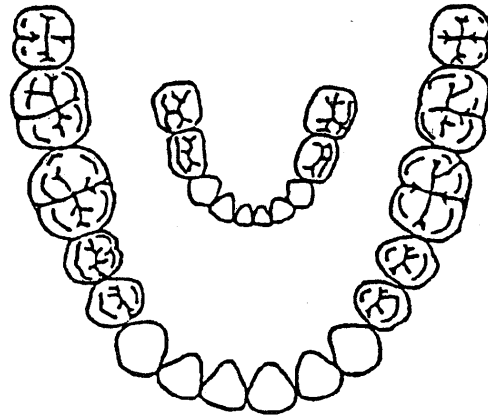
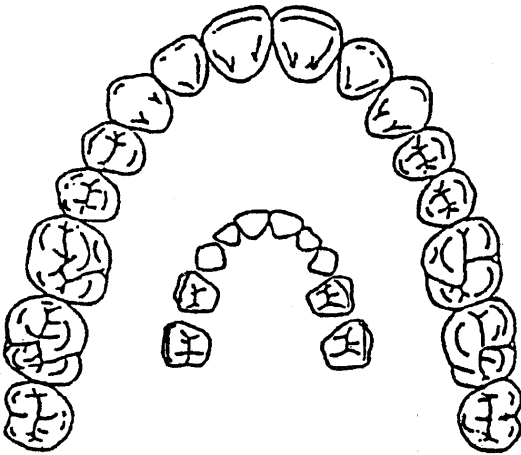
本プロトコルの記録は、補綴治療が終了した後にご記入ください。

患者情報

カテゴリー 歯質欠損, 部分歯列欠損, 全部歯列欠損 (複数選択可)

<治療内容>

- ①クラウン・ブリッジ (種類)
 - ②インプラント義歯 (種類)
 - ③可撤性部分床義歯 (種類)
 - ④全部床義歯 (種類)
- (部位を以下の図に書き込んでください)



<術者の治療後の難易度の評価>

1) 本症例の難易度はどの程度でしたか?

だれでもできる

誰がやっても難しい

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2) 歯の欠損形態, 口腔顔面形態などに関する難易度はどの程度でしたか?

だれでもできる

誰がやっても難しい

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3) 身体社会的な難易度はどの程度でしたか?

だれでもできる

誰がやっても難しい

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4) 精神心理学的な難易度はどの程度でしたか?

だれでもできる

誰がやっても難しい

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

<治療期間>

治療に要した総期間： () 年 () か月

<治療回数>

治療に要したのべ回数： () 回

<治療時間>

一回の治療に要した平均時間： () 時間

<総治療費>

合計保険点数 () 点

合計私費費用 () 円

<治療の転帰>

補綴終診 中断 転医 その他 ()

ご協力ありがとうございました。