

# 歯科補綴学に関する領域の疾患の治療記録

氏名

印

3年以上経過観察を行った症例（発表学会： \_\_\_\_\_ ）

患者名（イニシャル）		性別	男 ・ 女
M ・ T ・ S ・ H	年生	初診	西暦 年 月 日
診断		症型分類	
症例の主題			
治療内容			
経過			
考察			
指導医の意見			
西暦 年 月 日		指導医氏名	
		印	

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。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。