

歯科補綴学に関連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	平成 年 月 日
診断*			
症例の主題**			
治療内容			
経過			
考察			
指導医の意見			
平成 年 月 日		指導医氏名	
		印	

記載上の注意：○○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。

