

歯科補綴学に関連する領域の疾患の治療記録

氏名

印

治療を終了した症例

| | | | |
|------------------|----|----|----------|
| 患者名 (イニシャル) | | 性別 | 男 ・ 女 |
| M ・ T ・ S ・ H | 年生 | 初診 | 西暦 年 月 日 |
| 診 断 | | | |
| 症例の主題 | | | |
| 症型分類の概要 | | | |
| 治療内容 | | | |
| 経 過 | | | |
| 考 察 | | | |
| 指導医の意見 (初回申請時のみ) | | | |
| 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。