北海道医療大学

＜ポートフォリオ＞

※自験実施日の翌日、17時30分までに担当医の所属講座へ提出

班　番号

氏名

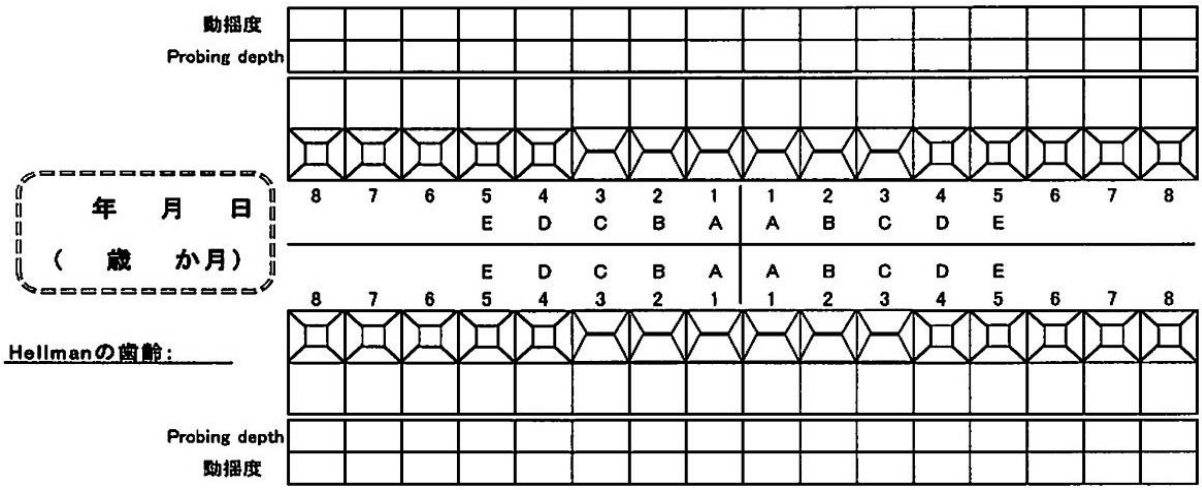
担当医　：　歯科クリニック　・　大学病院

小児歯科　（　　）　　科（　　）

患者ID：	実地日：　　年　　月　　日（　）　　：　～　：

口腔内情報

口腔内所見・エックス線所見・症状等を詳細に記載すること（表・図を使用してもよい）



院外持ち出し禁止