

<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

担当医： 歯科クリニック・大学病院

氏名

口腔外科（ ） 科（ ）

患者ID：	実地日： 年 月 日（ ）： ～：
初診時 所見・ 口腔内 情報	初診年月日：
	初診時
	主 訴：
	既往歴：
	家族歴：
	現病歴：
	現 症：
	画像所見：
	