

<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

矯正歯科 （ ） 科 （ ）

患者ID：	実地日： 年 月 日（ ） ： ～ ：		
性 別： 男 ・ 女	生年月日： 年 月 日（ y m）		
主 訴：			
問 題 点	顔面所見：		
	骨格系：		
	歯系：		
	機能系：		
口腔内X線写真所見：		鼻咽腔疾患：	口腔顔面の外傷並びに疾患：
顎関節X線所見：		全身の成長発育との関連：	
不正咬合に関連のある習癖：		乳歯時の咬合管理：	
			家族歴：