

齲蝕制御

【修復治療】

記載日 / /

班 学籍番号：

氏名：

指導医：

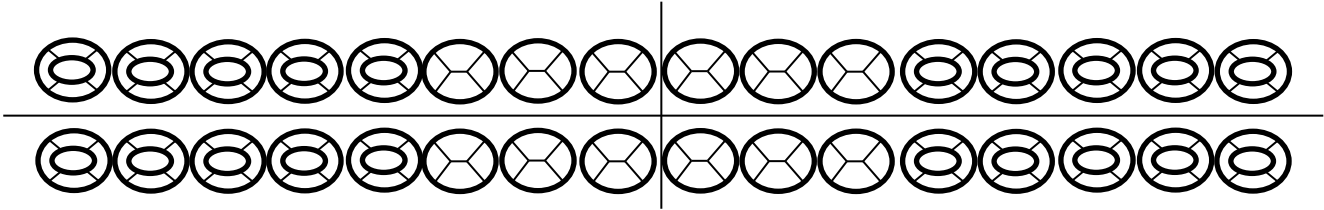
患者ID：

イニシャル：

（男・女）

患者年齢：

職業：



|             |     |                               |                            |                            |                                       |
|-------------|-----|-------------------------------|----------------------------|----------------------------|---------------------------------------|
| 診査・検査項目     |     | 患歯：                           |                            |                            |                                       |
| う蝕の程度及び変色状態 |     |                               |                            |                            |                                       |
| 修復物         |     |                               |                            |                            |                                       |
| 接触点齲蝕       |     |                               |                            |                            |                                       |
| 患歯の咬合状態     |     |                               |                            |                            |                                       |
| 歯肉の状態       |     |                               |                            |                            |                                       |
| 口腔内清掃度      |     | ブラッシング回数：1日 回・Plaque Index： % |                            |                            |                                       |
| 自発痛         |     | <input type="checkbox"/> -    | <input type="checkbox"/> ± | <input type="checkbox"/> + | <input type="checkbox"/> ++ ( )       |
| 誘発痛         | 冷水痛 | <input type="checkbox"/> -    | <input type="checkbox"/> ± | <input type="checkbox"/> + | <input type="checkbox"/> ++ ( 持続時間： ) |
|             | 温熱痛 | <input type="checkbox"/> -    | <input type="checkbox"/> ± | <input type="checkbox"/> + | <input type="checkbox"/> ++ ( 持続時間： ) |
|             | 打診痛 | <input type="checkbox"/> -    | <input type="checkbox"/> ± | <input type="checkbox"/> + | <input type="checkbox"/> ++ ( H： V： ) |
|             | 擦過痛 | <input type="checkbox"/> -    | <input type="checkbox"/> ± | <input type="checkbox"/> + | <input type="checkbox"/> ++ ( )       |
| 歯髄電気診       |     | 患歯：                           |                            | 対照歯：                       |                                       |

X線スケッチ / /

う蝕図示

<所見および診断>

北海道医療大学・プロトコール

<窩洞形成>

|             |                                                                              |      |  |   |   |   |   |
|-------------|------------------------------------------------------------------------------|------|--|---|---|---|---|
| 麻 酔         | 使用薬剤・麻酔方法 :                                                                  |      |  | 検 | 再 |   |   |
| う窩開拡・羅患歯質除去 | 露髄: <input type="checkbox"/> 有 (      mA      kΩ) <input type="checkbox"/> 無 | う蝕図示 |  |   |   |   |   |
| 覆 髄         |                                                                              |      |  |   |   | 検 | 再 |
| 裏 層         |                                                                              |      |  |   |   | 検 | 再 |
| 補助的保持形態     |                                                                              |      |  |   |   | 検 | 再 |
| 窩洞完成・窩洞の種類  |                                                                              |      |  |   |   | 検 | 再 |

<コンポジットレジン・グラスアイオノマーセメント修復>

|          |  |   |   |
|----------|--|---|---|
| シェード選択   |  | 検 | 再 |
| 防 湿      |  | 検 | 再 |
| 圧接賦形     |  | 検 | 再 |
| エナメル質酸処理 |  | 検 | 再 |
| 歯面処理     |  | 検 | 再 |
| 填塞材      |  | 検 | 再 |
| 填入・照射    |  | 検 | 再 |
| 形態修正     |  | 検 | 再 |
| 再填塞の理由   |  | 検 | 再 |
| 研磨材      |  | 検 | 再 |
| 研 磨      |  | 検 | 再 |

<インレー修復>

|        |  |   |   |
|--------|--|---|---|
| シェード選択 |  | 検 | 再 |
| 印象採得   |  | 検 | 再 |
| 咬合採得   |  | 検 | 再 |
| 仮 封    |  | 検 | 再 |
| 試適・調整  |  | 検 | 再 |
| 前処理    |  | 検 | 再 |
| 合 着    |  | 検 | 再 |

<診療に際し、注意した点や気づいた点について記載する>

|     |
|-----|
| 検 印 |
|     |