

歯内療法

【歯内療法・初回用】

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：

部位：

主訴：

初診日

/ /

現病歴	発症時期：
	発症時の状態：
	発症後の状態：

現 症	<input type="checkbox"/> 自発痛なし	<input type="checkbox"/> 自発痛あり
	性 状： 激・鈍・不快	
	持続時間： 一過性・間歇性・持続性	
	<input type="checkbox"/> 誘発痛なし	<input type="checkbox"/> 誘発痛あり
原 因： 冷・温・咬合時・食片嵌入時		
持続時間： 一過性・間歇性・持続性		

口 腔 内 所 見	修復物	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
	CR・In・FMC・支台築造 ()		
	う 蝕	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
	露 髓	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
	瘻 孔	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
	ポリープの形成	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
	根尖部歯肉腫脹	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
その他所見			
顔 貌 所 見	顔面左右非対称	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
	顎下リンパ節腫脹	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
	その他所見		
X 線 所 見	根尖透過像	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
	歯根膜腔拡大	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
	根分岐部病変	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
	内部吸収	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
	外部吸収	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
	穿 孔	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
	器具の破折	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
	その他所見		

触 診 ・ そ の 他 の 所 見	打診痛	<input type="checkbox"/> 無
		<input type="checkbox"/> 有： 水平・垂直
	歯周ポケットの形成	<input type="checkbox"/> 無
		<input type="checkbox"/> 有： 最深部 mm
	根尖部歯肉圧痛	<input type="checkbox"/> 無
		<input type="checkbox"/> 有
	歯髓電気診	<input type="checkbox"/> 反応なし
	<input type="checkbox"/> 反応あり	
インピーダンス測定検査	kΩ	
その他所見		

患歯のスケッチ	
---------	--

X線のスケッチ	
---------	--

診断名：

処置方法：

応急処置	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有： 膿瘍切開・咬合調整・投薬(薬剤名：)
		その他 ()