

歯内療法

【歯内療法・根管充填用】

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：

20 年 月 日	打診痛	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		自発痛	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		瘻 孔	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	治療後疼痛	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		咬合時痛	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		その他		
根管充填	根管洗浄	<input type="checkbox"/> NaOCl <input type="checkbox"/> EDTA <input type="checkbox"/> H2O2 <input type="checkbox"/> 超音波洗浄器 <input type="checkbox"/> その他（ ）							
	根管乾燥	<input type="checkbox"/> ブローチ綿花 <input type="checkbox"/> ペーパーポイント <input type="checkbox"/> サクシオン <input type="checkbox"/> その他（ ）							
	根管名	作業長	最終拡大号数	根管充填状態			根管口のスケッチ		
		mm	#	<input type="checkbox"/> 適当 <input type="checkbox"/> 不足 <input type="checkbox"/> 過剰					
		mm	#	<input type="checkbox"/> 適当 <input type="checkbox"/> 不足 <input type="checkbox"/> 過剰					
		mm	#	<input type="checkbox"/> 適当 <input type="checkbox"/> 不足 <input type="checkbox"/> 過剰					
		mm	#	<input type="checkbox"/> 適当 <input type="checkbox"/> 不足 <input type="checkbox"/> 過剰					
方法	<input type="checkbox"/> 側方加圧根管充填法 <input type="checkbox"/> 垂直加圧根管充填法 <input type="checkbox"/> その他（ ）								
シーラー	<input type="checkbox"/> 水酸化Ca系 <input type="checkbox"/> 酸化亜鉛ユージノール系 <input type="checkbox"/> 非ユージノール系 <input type="checkbox"/> レジン系 <input type="checkbox"/> シリコン系 <input type="checkbox"/> MTA系 <input type="checkbox"/> その他（ ）								
仮封	EZ・ST・水硬性セメント・CR・GIC・TEC・その他（ ）								

ポイント試適時のX線写真

根管充填後のX線写真

検印

今後の治療予定

支台築造・根面板・充 填・根尖切除術・抜 歯・その他（ ）

検印

経過観察								検印
診査年月日	経過月数 (根管充填後)	臨床検査		エックス線診査		その他		
		打診痛	根尖部圧痛	根尖透過像	歯根膜腔拡大			
20 年 月 日	か月	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			
20 年 月 日	か月	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			
20 年 月 日	か月	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			
20 年 月 日	か月	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			