

可撤性義歯

【概形印象】

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：

( )のために概形印象採得を行う

問診	本日の体調	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 :
	過去の概形印象採得の経験	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 :
	顎関節症状	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 :
	嘔吐反射	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 :

診査・検査項目		上顎	下顎
口腔内の 視診 触診 ※粘膜・ 残存歯・ 支台歯の 状況	欠損歯または 残存歯の状況 ※歯式を用いる		
	粘膜の 発赤・炎症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	粘膜の 被圧変位性	<input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 大 (フラビー)	<input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 大 (フラビー)
	骨隆起	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	顎堤吸収程度	<input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 大	<input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 大
	小帯附着位置	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 低位 <input type="checkbox"/> 高位	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 低位 <input type="checkbox"/> 高位
	歯周疾患 (動揺歯)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	開口量	<input type="checkbox"/> 十分開口できる <input type="checkbox"/> あまり開口できない ( mm)	
	異常習癖	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 有 (ディスキネジア・舌習癖など)	
	口腔清掃状況	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不良	
唾液分泌量	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 多量 <input type="checkbox"/> 少量 <input type="checkbox"/> 僅少 (口腔乾燥症)		

<基本的な術式と自己評価（実施項目のみ記載すること）>

実施項目		上 顎					下 顎				
問 診		<input type="checkbox"/> できた	<input type="checkbox"/> できなかった				<input type="checkbox"/> できた	<input type="checkbox"/> できなかった			
実施前の説明		<input type="checkbox"/> できた	<input type="checkbox"/> できなかった				<input type="checkbox"/> できた	<input type="checkbox"/> できなかった			
体位（ポジショニング）		<input type="checkbox"/> できた	<input type="checkbox"/> できなかった				<input type="checkbox"/> できた	<input type="checkbox"/> できなかった			
声掛け		<input type="checkbox"/> できた	<input type="checkbox"/> できなかった				<input type="checkbox"/> できた	<input type="checkbox"/> できなかった			
トレーの 試適	トレーの選択	<input type="checkbox"/> SS	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> LL	<input type="checkbox"/> SS	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> LL
	トレーの 挿入方法	<input type="checkbox"/> できた <input type="checkbox"/> できなかった					<input type="checkbox"/> できた <input type="checkbox"/> できなかった				
印象材の 練和	実 施	<input type="checkbox"/> 自分で実施 <input type="checkbox"/> 他者が実施					<input type="checkbox"/> 自分で実施 <input type="checkbox"/> 他者が実施				
	粘液比	<input type="checkbox"/> できた	<input type="checkbox"/> できなかった	<input type="checkbox"/> 未実施			<input type="checkbox"/> できた	<input type="checkbox"/> できなかった	<input type="checkbox"/> 未実施		
	練和時の脱泡	<input type="checkbox"/> できた	<input type="checkbox"/> できなかった	<input type="checkbox"/> 未実施			<input type="checkbox"/> できた	<input type="checkbox"/> できなかった	<input type="checkbox"/> 未実施		
	印象材の 盛り方	<input type="checkbox"/> できた	<input type="checkbox"/> できなかった	<input type="checkbox"/> 未実施			<input type="checkbox"/> できた	<input type="checkbox"/> できなかった	<input type="checkbox"/> 未実施		
印象採得 操作	トレーの 挿入方法	<input type="checkbox"/> できた <input type="checkbox"/> できなかった					<input type="checkbox"/> できた <input type="checkbox"/> できなかった				
	トレーの保持	<input type="checkbox"/> できた <input type="checkbox"/> できなかった					<input type="checkbox"/> できた <input type="checkbox"/> できなかった				
	硬化の確認	<input type="checkbox"/> できた <input type="checkbox"/> できなかった					<input type="checkbox"/> できた <input type="checkbox"/> できなかった				
	トレーの撤去	<input type="checkbox"/> できた <input type="checkbox"/> できなかった					<input type="checkbox"/> できた <input type="checkbox"/> できなかった				
撤去後の 印象体の 確認	適切な 印象採得範囲	<input type="checkbox"/> できた <input type="checkbox"/> できなかった					<input type="checkbox"/> できた <input type="checkbox"/> できなかった				
	大きな 気泡の混入	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有					<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有				
	正中のスレ	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有					<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有				
	歯や粘膜への トレーの当たり	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有					<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有				
	後方への印象材 の流入	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有					<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有				
	印象体の 流水下洗浄	<input type="checkbox"/> できた <input type="checkbox"/> できなかった					<input type="checkbox"/> できた <input type="checkbox"/> できなかった				
次回処置の説明		<input type="checkbox"/> できた <input type="checkbox"/> できなかった					<input type="checkbox"/> できた <input type="checkbox"/> できなかった				

<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