

可撤性義歯

【咬合採得】

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：

( )のために咬合採得を行う

問診	本日の体調	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 :
	咬合採得の説明	<input type="checkbox"/> できた <input type="checkbox"/> できなかった :
	顎関節症状	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 :
	クレンチング グライディング	<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		
	矢状断 対向関係	<input type="checkbox"/> Class I <input type="checkbox"/> Class II <input type="checkbox"/> Class III	
	残存歯の 咬耗・摩耗	前歯部： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	臼歯部： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	残存歯同士 の咬合接触の有無	前歯部： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	臼歯部： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	残存歯は下顎位 の指標となるか	<input type="checkbox"/> なる <input type="checkbox"/> ならない	
現義歯の 評価 ※装着し ていない場 合は該当 しない項目 を除外する	リップサポート	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり :	
	上下顎の 正中の位置関係	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり :	
	咬合平面	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり :	
	水平的顎間 関係の確認	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり :	
	咬合高径	mm	
	下顎安静位に おける咬合高径	mm	
	咬合拳上・低下 の必要性	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 :	mm (必要量)
設定すべき 咬合高径	mm		

<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	
咬合床の 試適 ※メタルフ レーム含む	適合性の確認と 形態修正	<input type="checkbox"/> できた	<input type="checkbox"/> できなかった	<input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> できた	<input type="checkbox"/> できなかった	<input type="checkbox"/> 不要
	咬合調整	<input type="checkbox"/> できた	<input type="checkbox"/> できなかった	<input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> できた	<input type="checkbox"/> できなかった	<input type="checkbox"/> 不要
リップサポートの確認 （前歯を含む場合）		<input type="checkbox"/> できた	<input type="checkbox"/> できなかった	<input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> できた	<input type="checkbox"/> できなかった	<input type="checkbox"/> 不要
仮想咬合 平面の 設定	前歯部の 位置確認	<input type="checkbox"/> できた	<input type="checkbox"/> できなかった	<input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> できた	<input type="checkbox"/> できなかった	<input type="checkbox"/> 不要
	臼歯部の 位置確認	<input type="checkbox"/> できた	<input type="checkbox"/> できなかった	<input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> できた	<input type="checkbox"/> できなかった	<input type="checkbox"/> 不要
	調整部位の 報告と確認 ( )	<input type="checkbox"/> できた	<input type="checkbox"/> できなかった	<input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> できた	<input type="checkbox"/> できなかった	<input type="checkbox"/> 不要
咬合採得 操作	くさびの付与	<input type="checkbox"/> できた	<input type="checkbox"/> できなかった	<input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> できた	<input type="checkbox"/> できなかった	<input type="checkbox"/> 不要
	対合歯列への ワセリン塗布	<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	
	ろう堤の 均一な軟化	<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	
	咬合指示と 誘導	<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	
	咬合高径の計測	<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	
咬合採得 後の確認	水平的下顎位の 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	
	咬合接触の 圧痕の確認	<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	
	模型試適と口腔 内試適との比較	<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	
	転覆試験	<input type="checkbox"/> できた	<input type="checkbox"/> できなかった	<input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> できた	<input type="checkbox"/> できなかった	<input type="checkbox"/> 不要
	標示線の記入	<input type="checkbox"/> できた	<input type="checkbox"/> できなかった	<input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> できた	<input type="checkbox"/> できなかった	<input type="checkbox"/> 不要
	人工歯の選択	<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	
	固定材料						
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

--