

可撤性義歯

【ろう義歯試適】

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：

()のためにろう義歯試適を行う

問診	本日の体調	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 :
	ろう義歯試適の説明	<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
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	<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	<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	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり :	
	下顎安静位に おける咬合高径	mm	
	咬合挙上・低下 の必要性 設定すべき 咬合高径	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 :	mm (必要量)
		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	床形態の確認	<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 <input type="checkbox"/> 不要
	定位に収まっているかの確認	<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 <input type="checkbox"/> 不要
	クラスプの調整	<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 平面の確認	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
	舌背・臼後パッド との位置関係確	<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
	両瞳孔線との 平行性の確認	<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
咬合器上 と口腔内と の比較	咬合接触の確認	<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
	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
	咬合高径の確認	<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
	人工歯排列 位置の確認	<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
	人工歯の色調・ 形態の確認	<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
咬合採得 後の確認	構音障害の有無	<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
	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
	再咬合採得の 必要性	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	咬頬・咬舌	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
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