

可撤性義歯

【義歯装着】

記載日 / /

班 学籍番号：

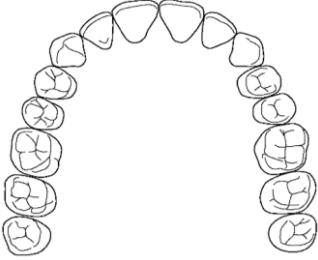
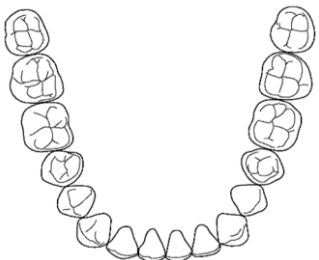
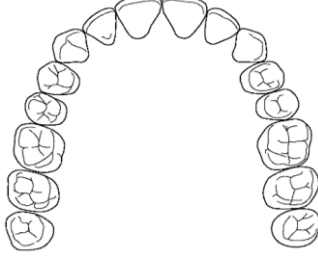
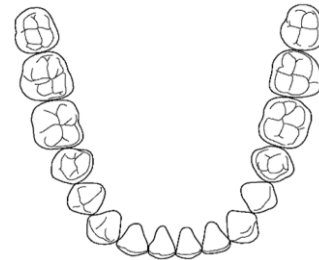
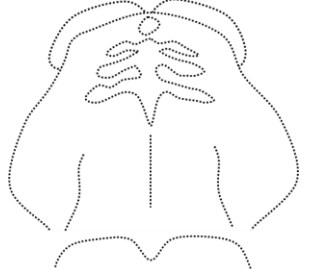
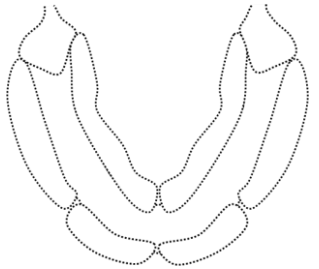
氏名：

指導医：

患者ID： イニシャル： (男・女) 患者年齢：

()を目的として義歯装着を行う

問 診	本日の体調	☐ 良好 ☐ 不良：
	義歯装着の説明	☐ できた ☐ できなかった：
	顎関節症状	☐ 無 ☐ 有：
	クレンチング グライディング	☐ 無 ☐ 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	使用中の義歯 の形態		
	新義歯の形態		
	粘膜の状態		

<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		☐ できた ☐ できなかった	☐ できた ☐ できなかった
実施前の説明		☐ できた ☐ できなかった	☐ できた ☐ できなかった
体位（ポジショニング）		☐ できた ☐ できなかった	☐ できた ☐ できなかった
声掛け		☐ できた ☐ できなかった	☐ できた ☐ できなかった
義歯床内面の突起物の確認		☐ できた ☐ できなかった	☐ できた ☐ できなかった
義歯着脱時の疼痛の確認		☐ できた ☐ できなかった	☐ できた ☐ できなかった
定位に収まっているかの確認		☐ できた ☐ できなかった	☐ できた ☐ できなかった
手指圧またはロールワッテ介在時の適合検査と調整		☐ できた ☐ できなかった	☐ できた ☐ できなかった
咬合接触関係 ・早期接触 ・咬合干渉	咬頭嵌合位	☐ できた ☐ できなかった	☐ できた ☐ できなかった
	側方咬合位	☐ できた ☐ できなかった	☐ できた ☐ できなかった
	前方咬合位	☐ できた ☐ できなかった	☐ できた ☐ できなかった
咬合圧下での適合試験と調整		☐ できた ☐ できなかった	☐ できた ☐ できなかった
咬合接触時の粘膜面適合検査と調整	咬頭嵌合位	☐ できた ☐ できなかった	☐ できた ☐ できなかった
	側方咬合位	☐ できた ☐ できなかった	☐ できた ☐ できなかった
	前方咬合位	☐ できた ☐ できなかった	☐ できた ☐ できなかった
疑似咀嚼運動時の確認と調整		☐ できた ☐ できなかった	☐ できた ☐ できなかった
垂直的・水平的下顎位の確認		☐ できた ☐ できなかった	☐ できた ☐ できなかった
構音障害、咬頬・咬舌などの有無の確認		☐ できた ☐ できなかった	☐ できた ☐ できなかった
転覆試験		☐ できた ☐ できなかった ☐ 不要	☐ できた ☐ できなかった ☐ 不要
義歯着脱の指導		☐ できた ☐ できなかった	☐ できた ☐ できなかった
義歯使用上の注意事項の説明		☐ できた ☐ できなかった	☐ できた ☐ できなかった
リコール・メインテナンスの説明		☐ できた ☐ できなかった	☐ できた ☐ できなかった
次回処置の説明		☐ できた ☐ できなかった	☐ できた ☐ 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