

クラウンブリッジ

【支台歯形成】

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：

問 診	本日の体調	☐ 良好 ☐ 不良：
	特記事項	☐ 無 ☐ 有：

残存歯の状況 (形成部位)					
経過・現在の状態 (痛み、動揺、脱離、破損、違和感・その他 等 聴取内容記載)					
補綴装置	種 類	CAD/CAM			
	材 料				
歯 髓		☐ 無 (築造材料：) ☐ 有			
除痛処置		☐ 無 ☐ 有 (方法： 薬剤： 使用量 ml)			
支台歯として		☐ 否 (理由・対処方法：) ☐ 適			
平行測定		☐ 無 ☐ 有 (平行測定器・ミラー・その他)			
色調選択		☐ 無 ☐ 有 (シェード：)			
形成部位		☐ M ☐ D ☐ B ☐ L (P) ☐ O (I)			
		☐ M ☐ D ☐ B ☐ L (P) ☐ O (I)			
		☐ M ☐ D ☐ B ☐ L (P) ☐ O (I)			
使用機器		☐ エアタービン ☐ 5倍速コントラ ☐ その他 ()			

行った行為	
次回処置・今後の予定	

<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