

クラウンブリッジ

【印象採得】

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：

問診	本日の体調	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良：
	特記事項	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：

残存歯の状況 (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)		
印象採得	操作	<input type="checkbox"/> 通常操作 <input type="checkbox"/> 要注意 (理由・対処方法：)
	特記事項	
模型の用途		<input type="checkbox"/> 作業模型 <input type="checkbox"/> 診断模型 <input type="checkbox"/> 築造 <input type="checkbox"/> 暫間被覆冠 <input type="checkbox"/> 各個トレー <input type="checkbox"/> その他 ()
歯肉圧排		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (材料・方法)
使用トレー		<input type="checkbox"/> 既製トレー (全顎・片顎・部分) <input type="checkbox"/> 各個トレー (個人・個人個歯併用)
印象材料		<input type="checkbox"/> 寒天 <input type="checkbox"/> アルジネート <input type="checkbox"/> シリコーン <input type="checkbox"/> その他 ()
印象採得の方法		<input type="checkbox"/> 単一 <input type="checkbox"/> 連合 (一回法・二回法 (一次・二次))
印象採得の回数		() 回
色調選択		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (シェード：)

北海道医療大学・プロトコール

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

--