

クラウンブリッジ

【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：

問診	本日の体調	☐ 良好 ☐ 不良：
	特記事項	☐ 無 ☐ 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)	
使用材料	☐ ワックス ☐ ラバー系 ☐ 咬合床 ☐ その他（ ）
記録する範囲	☐ 全 顎 ☐ 片 顎 ☐ 部 分
記録する下顎位	☐ 咬頭嵌合位 ☐ 偏心位（ Ch. B. ）
咬合採得の回数	（ ）回
色調選択	☐ 無 ☐ 有（シェード： ）
特記事項	

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