

クラウンブリッジ【プロビジョナルレストレーション】

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)	
作製部位	
作製方法	☐ 製作 ☐ 製作済 (技工士 ・ 自己)
	☐ 単冠 ☐ ブリッジ ☐ 連結冠
	☐ 直接法 ☐ 間接法
	☐ ポリクラウン未使用 ☐ ポリクラウン使用 (サイズ :)
仮着材	☐ ユージノール系 ☐ 非ユージノール系 ☐ カルボン酸系 ☐ レジン系 ☐ 未仮着 (理由 :)

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