

クラウンブリッジ【未完成補綴装置(試適・調整)】

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)			
試適・調整の目的		☐ 前装 ☐ ろう着 ☐ その他 ()	
作製方法	種 類	☐ 単冠 ☐ ブリッジ ☐ 連結冠 ☐ コーピング・フレーム	
	材 料	☐ レジン ☐ 金属 () ☐ セラミックス ()	
	特記事項		
適合状態		☐ 良 ☐ 可 ☐ 否 (理由・対処法：) 支台歯適合： ☐ 良 ☐ 否 軟組織適合： ☐ 良 ☐ 否 色調形態： ☐ 良 ☐ 否 特記事項：	
前装材料		☐ 硬質レジン ☐ 陶材	
色調選択		☐ 無 ☐ 有 (シェード：)	
ろう着用固定材料			
コア採得		☐ 無 ☐ 有 (材料：)	

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