

クラウンブリッジ

【試適・調整/装着・仮着】

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)		
隣在歯		☐ 無 ☐ 有 (両側 ・ 近心 ・ 遠心)
対合歯		☐ 無 ☐ 有
補綴装置	種 類	☐ 単冠 ☐ ブリッジ ☐ 連結冠 ☐ その他 ()
	材 料	☐ 金属 () ☐ 硬質レジン ☐ 陶材 ☐ セラミックス ()
	特記事項	
支台歯適合性		☐ 適 ☐ 否 (調整後に適) ☐ 調整不可 (理由・対処法)
隣接接触関係		☐ 適 ☐ 否 (調整後に適) ☐ 調整不可 (理由・対処法)
咬合接触関係		☐ 適 ☐ 否 (調整後に適) ☐ 調整不可 (理由・対処法) 咬頭嵌合位 ・ 偏心位： ☐ 良 ☐ 要経過観察
軟組織適合性		☐ 適 ☐ 否 (調整後に適) ☐ 調整不可 (理由・対処法)
装着・仮着材料		☐ グラスアイオノマー系 ☐ 接着性レジン ☐ その他 ()
刷掃指導		☐ 無 ☐ 有 (指導のポイント：)

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