

クラウンブリッジ

【経過観察・定期検診】

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			
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)			
(仮着・装着) 期間		日	週 か月 年
補綴装置の種類			
特記所見 症状	補綴装置	☐ 無 ☐ 有 (自覚・他覚：) →対処法 (調整・修理・再製 した・する・しない)	
	支台歯	☐ 無 ☐ 有 (自覚・他覚： 対処：)	
	対合歯	☐ 無 ☐ 有 (自覚・他覚： 対処：)	
	隣在歯	☐ 無 ☐ 有 (自覚・他覚： 対処：)	
	歯周組織	☐ 無 ☐ 有 (自覚・他覚： 対処：)	
	歯石沈着	☐ 無 ☐ 有 (自覚・他覚： 対処：)	
	プラーク	☐ 無 ☐ 有 (自覚・他覚： 対処：)	
	顎関節	☐ 無 ☐ 有 (自覚・他覚： 対処：)	
	その他	☐ 発音 ☐ 咬合 ☐ 嚥下 ☐ 舌感 ☐ 審美 ()	
	刷掃指導	☐ 無 ☐ 有 (指導のポイント：)	

北海道医療大学・プロトコール

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