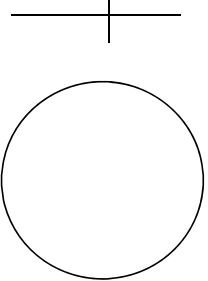


専門医申請用 症例報告用紙

申請者氏名 (漢字記載)		症例番号		1・2・3・4・5	
患者氏名 (イニシャル記載)		性別	年齢	治療部位	
		男・女	歳		
主訴			患歯の既往歴		
全身所見	<既往歴> <input type="checkbox"/> 特記事項なし <input type="checkbox"/> 血圧(正常/異常 ~) <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 肝疾患 <input type="checkbox"/> 腎疾患 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 膠原病 <input type="checkbox"/> 内分泌疾患 <input type="checkbox"/> リウマチ熱 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 性病 <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 出血傾向 <input type="checkbox"/> 妊娠 <input type="checkbox"/> アレルギー(薬____食____その他____) <input type="checkbox"/> その他 <家族歴> <input type="checkbox"/> 特記事項なし <input type="checkbox"/> 肝疾患 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> アレルギー()				
患歯の現病歴	発症時期	現症	<input type="checkbox"/> 自発痛あり <input type="checkbox"/> なし 性状: 激・鈍・不快 持続時間: 一過性・間けつ性・持続性		
	その時の状態		<input type="checkbox"/> 誘発痛あり <input type="checkbox"/> なし 原因: 冷・温・咬合時・食片嵌入時 性状: 激・鈍・不快		
	その後の状態		持続時間: 一過性・間けつ性・持続性		
X線診査	<input type="checkbox"/> 特記事項なし <input type="checkbox"/> 根管分岐(副根) <input type="checkbox"/> 歯根膜腔の拡大 <input type="checkbox"/> 根尖分岐(側枝) <input type="checkbox"/> 根尖部の透過像(最大径____mm) <input type="checkbox"/> 歯根破折 <input type="checkbox"/> 内部吸収 <input type="checkbox"/> 外部吸収 <input type="checkbox"/> 歯周組織の病変 <input type="checkbox"/> 分岐部病変 <input type="checkbox"/> 穿孔 <input type="checkbox"/> 歯根未完成 <input type="checkbox"/> 器具の挿入困難な根管 <input type="checkbox"/> 根尖部の不透過像 <input type="checkbox"/> 不完全な根管治療 <input type="checkbox"/> 形態異常 <input type="checkbox"/> う蝕 <input type="checkbox"/> 不良補綴物 <input type="checkbox"/> 器具の破折 <input type="checkbox"/> 歯石 <input type="checkbox"/> その他()		触診	<input type="checkbox"/> 特記事項なし <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 打診痛(水平) <input type="checkbox"/> 打診痛(垂直) <input type="checkbox"/> 動揺度 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 度 <input type="checkbox"/> 根尖部圧痛 <input type="checkbox"/> 所属リンパ節腫脹 <input type="checkbox"/> 擦過痛 <input type="checkbox"/> 出血 <input type="checkbox"/> 排膿 <input type="checkbox"/> 波動 <input type="checkbox"/> その他()	
			温度診	<input type="checkbox"/> 温反応あり <input type="checkbox"/> 冷反応あり <input type="checkbox"/> 反応無し 持続時間(分 秒) <input type="checkbox"/> 診査せず	
視診	<input type="checkbox"/> 特記事項なし <input type="checkbox"/> 発赤 <input type="checkbox"/> 腫脹 <input type="checkbox"/> 破折 <input type="checkbox"/> う蝕 <input type="checkbox"/> ポリープ <input type="checkbox"/> 修復に欠陥あり <input type="checkbox"/> 位置異常歯 <input type="checkbox"/> 変色 <input type="checkbox"/> 瘻孔 <input type="checkbox"/> 傾斜歯 <input type="checkbox"/> その他()		電気診	<input type="checkbox"/> 反応あり <input type="checkbox"/> 反応なし <input type="checkbox"/> 診査せず	
歯周	歯槽骨吸収度	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 度		考えられる原因	<input type="checkbox"/> う蝕 <input type="checkbox"/> 歯髄切断 <input type="checkbox"/> 修復処置 <input type="checkbox"/> 矯正治療 <input type="checkbox"/> 外傷 <input type="checkbox"/> 突発性の原因 <input type="checkbox"/> 歯の破折 <input type="checkbox"/> 発育障害 <input type="checkbox"/> 歯周疾患 <input type="checkbox"/> 過去に行われた根管治療 <input type="checkbox"/> その他()
	歯肉溝, 歯周ポケット	最深部	m 		
臨床診断名	歯 髄 の 病 変 <input type="checkbox"/> 正常歯髄 <input type="checkbox"/> 可逆性歯髄炎 <input type="checkbox"/> 不可逆性歯髄炎 根尖部歯周組織の病変 <input type="checkbox"/> 急性根尖性歯周炎 <input type="checkbox"/> 慢性根尖性歯周炎 そ の 他 ()				

年 (西暦)	月/日	処置、経過及び投薬等
	/	
	/	
	/	
	/	
	/	
	/	
	/	
	/	
	/	
	/	

根管口 の状態	根管No.	作業長	最終拡大ファイルNo.	根管充填の状態	特記事項	根管洗浄	ファイルの 種類
	 クランプNo. _____		mm	#	<input type="checkbox"/> at apex <input type="checkbox"/> over _____ mm <input type="checkbox"/> under _____ mm		
		mm	#	<input type="checkbox"/> at apex <input type="checkbox"/> over _____ mm <input type="checkbox"/> under _____ mm		<input type="checkbox"/> 超音波 洗浄器 <input type="checkbox"/> その他	
		mm	#	<input type="checkbox"/> at apex <input type="checkbox"/> over _____ mm <input type="checkbox"/> under _____ mm		根管長測定法	
		mm	#	<input type="checkbox"/> at apex <input type="checkbox"/> over _____ mm <input type="checkbox"/> under _____ mm		<input type="checkbox"/> 電氣的根 管長測定	
		mm	#	<input type="checkbox"/> at apex <input type="checkbox"/> over _____ mm <input type="checkbox"/> under _____ mm		<input type="checkbox"/> X線	
		mm	#	<input type="checkbox"/> at apex <input type="checkbox"/> over _____ mm <input type="checkbox"/> under _____ mm			
根管乾燥		貼薬	仮封材	根管充填		治療後の方針	
<input type="checkbox"/> ブローチ綿花 <input type="checkbox"/> ペーパー ポイント <input type="checkbox"/> エンド用 サクシオン <input type="checkbox"/> その他 ()		<input type="checkbox"/> 水酸化Ca <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> ストップング <input type="checkbox"/> ZOE <input type="checkbox"/> 水硬性セメント <input type="checkbox"/> 光重合セメント <input type="checkbox"/> その他 ()	方法 <input type="checkbox"/> 側方加圧法 <input type="checkbox"/> 垂直加圧法 <input type="checkbox"/> その他 ()	材料 <input type="checkbox"/> GPP () <input type="checkbox"/> WGP () <input type="checkbox"/> シーラー () <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 充填 <input type="checkbox"/> Cr <input type="checkbox"/> Br <input type="checkbox"/> 鉤歯 <input type="checkbox"/> 抜歯 <input type="checkbox"/> その他 ()	

経過観察						
予 後 診 査 年 月 日	経 過 月 数	臨床検査		X線診査		そ の 他
		根 尖 部 圧 痛	打 診 痛	透 過 像	最 大 径 mm	
/ /	年 か月					
/ /	年 か月					
/ /	年 か月					
/ /	年 か月					