

## 顎 口 腔 機 能 診 断 説 明 書

記入例

ID: \_\_\_\_\_

様

説明日: 西暦

年

月

日

診断名	診断区分			
	診断日時	年	月	日
全身性疾患の 症状所見				
口腔内・模型所見	咬合の分類		歯齡	
	大臼歯関係	【右】		【左】
	overbite	mm	overjet	mm
X線所見 (セファロ・パノラマ・その他)	水平的評価	( $\angle$ ANB)	度	
	垂直的評価			
筋電図所見	【左】			
	【右】			
顎運動所見				
その他の所見				
治療計上の 指 導 開始 内容 時期 など	治療法			
	開始時期	年	月	
	治療期間	約	年	ヶ月
	治療頻度			
	手術計画			
	手術時期	年	月	
治療上の指導(計 画と内容)				
治療内容の評価 (成長・治療変化)				
説明資料				

連携保険医療機関名	神奈川歯科大学附属病院 口腔外科		
担当歯科医師名	<div style="border: 2px solid red; padding: 5px; display: inline-block;">赤い文字の項目は未記入でお願いいたします。</div> <div style="border: 2px solid blue; padding: 5px; display: inline-block;">ご紹介元歯科医院</div>		
保険医療機関名			
担当歯科医師名			
所在地			
電話番号			

(注) 治療の進行上、治療内容、治療開始時期、期間等が変更になる場合もありますので、ご了承下さい。

説明を受けた日	年	月	日
説明を受けた人	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族( ) 自署:		

# 顎 口 腔 機 能 診 断 説 明 書

ID: \_\_\_\_\_

様

説明日： 西暦 年 月 日

診断名		診断区分	
		診断日時	年 月 日
全身性疾患の 症状所見			
口腔内・模型所見	咬合の分類		歯 齡
	大臼歯関係	【右】	【左】
	overbite	mm	overjet      mm
X線所見 <small>(セファロ・パノラマ・その他)</small>	水平的評価	(∠ANB)      度	
	垂直的評価		
筋電図所見	【左】		
	【右】		
顎運動所見			
その他の所見			
治療計上の 指 導 内 容 な ど	治療法		
	開始時期	年	月
	治療期間	約 年	ヶ月
	治療頻度		
	手術計画		
	手術時期	年	月
治療上の指導(計 画と内容)			
治療内容の評価 (成長・治療変化)			
説明資料			

連携保険医療機関名	神奈川歯科大学附属病院 口腔外科
担当歯科医師名	
保険医療機関名	
担当歯科医師名	
所在地	
電話番号	

(注)治療の進行上、治療内容、治療開始時期、期間等が変更になる場合もありますので、ご了承下さい。

説明を受けた日	年 月 日
説明を受けた人	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族(      )      自署：