

【術前】

症例○【術前】口腔内写真：2000年○月○日			
パノラマエックス線写真：2000年○月○日			
申請者氏名	○○ ○○		
専門医検印	Ⓢ	所属長検印	Ⓢ



症例番号（1～3）を記載

撮影年月日（西暦）を記載

・口腔内写真※ミラー像は反転させること

- ①正面観
- ②左側面観
- ③右側面観
- ④上顎咬合面観
- ⑤下顎咬合面観

・パノラマエックス線写真

両側顎関節まで写ったパノラマエックス線写真が必要

※パノラマ写真を部分的にトリミングした写真は不可

※デンタル写真は不可

デンタルエックス線写真やC Tなど必要であれば追加で提出（術前のパノラマエックス線写真で歯のない状態が確認できれば不要です。）

【メンテナンス】

症例○【メンテナンス】口腔内写真：2000年○月○日			
パノラマエックス線写真：2000年○月○日			
申請者氏名	○○ ○○		
専門医検印	Ⓜ	所属長検印	Ⓜ

症例番号（1～3）を記載

撮影年月日（西暦）を記載※最終補綴物装着後2年以上経過した写真が必要。

・口腔内写真※ミラー像は反転させること

- ①正面観
- ②左側面観
- ③右側面観
- ④上顎咬合面観
- ⑤下顎咬合面観

メンテナンス時の口腔内管理状況が分かる写真が望ましい。※原則直近のもの（最終メンテナンスから1年以内）

・パノラマエックス線写真

両側顎関節まで写ったパノラマエックス線写真が必要

※パノラマ写真を部分的にトリミングした写真は不可

※デンタル写真は不可

※原則直近のもの（最終メンテナンスから1年以内）

