受験者チェックシート

以下の書類がそろっているか提出前に必ず確認してください。

|  |  |
| --- | --- |
| チェック欄 | 提出書類タイトル |
|  | 症例報告書１ |
|  | 症例１：術前  口腔内写真・パノラマエックス線写真 |
|  | 症例１：メインテナンス  口腔内写真・パノラマエックス線写真 |
|  | 症例報告書２ |
|  | 症例２：術前  口腔内写真・パノラマエックス線写真 |
|  | 症例２：メインテナンス  口腔内写真・パノラマエックス線写真 |
|  | 症例報告書３ |
|  | 症例３：術前  口腔内写真・パノラマエックス線写真 |
|  | 症例３：メインテナンス  口腔内写真・パノラマエックス線写真 |

# 症例報告書１※専門医・所属長の先生は内容を精査したうえで電子署名を行ってください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **症例１** | |  | |  | | 男・女 | |  | | |
| インプラント埋入部位 | |  | | | | | | 欠損形態 | 中間歯・遊離端無歯顎・その他 | |
| 初診 | | 年月日 | 年 | | 月 | | 日 | 介助の有無 | | 有・無 |
| インプラント埋入手術 | | 年月日 | 年 | | 月 | | 日 | 介助の有無 | | 有・無 |
| 最終補綴 | | 年月日 | 年 | | 月 | | 日 | 介助の有無 | | 有・無 |
| メインテナンス移行日 | | 年月日 | 年 | | 月 | | 日 | 担当の有無 | | 有・無 |
| 最新メインテナンス | | 年月日 | 年 | | 月 | | 日 | 担当の有無 | | 有・無 |
| 主訴 |  | | | | | | | | | |
| 症例の概要 |  | | | | | | | | | |
| 治療に携わった内容  検査指導介助  メインテナンス  口腔内管理等について |  | | | | | | | | | |
| 考察  （経過良好 と判断でき る判定基準） |  | | | | | | | | | |

※フォントは MS 明朝，11 ポイントでパソコン入力して下さい．1,000 字以内に収めて下さい．

※性別・欠損形態・介助担当の有無の選択箇所は下線を引いて下さい．

|  |  |
| --- | --- |
| **症例１【術前】口腔内写真：　年　月　日**  **パノラマエックス線写真：　年　月　日** | |
| 申請者氏名 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **症例１【メインテナンス】口腔内写真：　年　月　日**  **パノラマエックス線写真：　年　月　日** | |
| 申請者氏名 |  |

# 

# 症例報告書２※専門医・所属長の先生は内容を精査したうえで電子署名を行ってください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **症例２** | | 年 | | 月生 | | 男・女 | | 才 | | |
| インプラント埋入部位 | |  | | | | | | 欠損形態 | 中間歯・遊離端無歯顎・その他 | |
| 初診 | | 年月日 | 年 | | 月 | | 日 | 介助の有無 | | 有・無 |
| インプラント埋入手術 | | 年月日 | 年 | | 月 | | 日 | 介助の有無 | | 有・無 |
| 最終補綴 | | 年月日 | 年 | | 月 | | 日 | 介助の有無 | | 有・無 |
| メインテナンス移行日 | | 年月日 | 年 | | 月 | | 日 | 担当の有無 | | 有・無 |
| 最新メインテナンス | | 年月日 | 年 | | 月 | | 日 | 担当の有無 | | 有・無 |
| 主訴 |  | | | | | | | | | |
| 症例の概要 |  | | | | | | | | | |
| 治療に携わった内容  検査指導介助  メインテナンス  口腔内管理等について |  | | | | | | | | | |
| 考察  （経過良好 と判断でき る判定基準） |  | | | | | | | | | |

※フォントは MS 明朝，11 ポイントでパソコン入力して下さい．1,000 字以内に収めて下さい．

※性別・欠損形態・介助担当の有無の選択箇所は下線を引いて下さい．

|  |  |
| --- | --- |
| **症例２【術前】口腔内写真： 年 月 日**  **パノラマエックス線写真： 年 月 日** | |
| 申請者氏名 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **症例２【メインテナンス】口腔内写真： 年 月 日**  **パノラマエックス線写真： 年 月 日** | |
| 申請者氏名 |  |

# 症例報告書３※専門医・所属長の先生は内容を精査したうえで電子署名を行ってください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **症例３** | | 年 | | 月生 | | 男・女 | | 才 | | |
| インプラント埋入部位 | |  | | | | | | 欠損形態 | 中間歯・遊離端無歯顎・その他 | |
| 初診 | | 年月日 | 年 | | 月 | | 日 | 介助の有無 | | 有・無 |
| インプラント埋入手術 | | 年月日 | 年 | | 月 | | 日 | 介助の有無 | | 有・無 |
| 最終補綴 | | 年月日 | 年 | | 月 | | 日 | 介助の有無 | | 有・無 |
| メインテナンス移行日 | | 年月日 | 年 | | 月 | | 日 | 担当の有無 | | 有・無 |
| 最新メインテナンス | | 年月日 | 年 | | 月 | | 日 | 担当の有無 | | 有・無 |
| 主訴 |  | | | | | | | | | |
| 症例の概要 |  | | | | | | | | | |
| 治療に携わった内容  検査指導介助  メインテナンス  口腔内管理等について |  | | | | | | | | | |
| 考察  （経過良好 と判断でき る判定基準） |  | | | | | | | | | |

※フォントは MS 明朝，11 ポイントでパソコン入力して下さい．1,000 字以内に収めて下さい．

※性別・欠損形態・介助担当の有無の選択箇所は下線を引いて下さい．

|  |  |
| --- | --- |
| **症例３【術前】口腔内写真： 年 月 日**  **パノラマエックス線写真： 年 月 日** | |
| 申請者氏名 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **症例３【メインテナンス】口腔内写真： 年 月 日**  **パノラマエックス線写真： 年 月 日** | |
| 申請者氏名 |  |