

必須／任意	分類	入力項目	入力形式	入力内容の候補	備考
	術前	抜歯に至る元疾患	リスト	う蝕、根尖病変、歯周炎、歯根破折、外傷、外部吸収、内部吸収、便宜抜歯、誤抜歯	
必須項目	術前	抜歯時期	直接入力	カレンダー	
	残存歯	歯情報	リスト	生活歯、失活歯	
		補綴状況	リスト	CR、インレー、Cr、部分床義歯、全部床義歯	
		根尖病巣	有・無		
必須項目	インプラント埋入	術前パノラマX線検査	直接入力	カレンダー	
必須項目	インプラント埋入	インプラント埋入手術日	直接入力	カレンダー	
必須項目	インプラント埋入	メーカー	リスト	全メーカー	別データにて提示
必須項目	インプラント埋入	製品名	リスト	全メーカー	別データにて提示
必須項目	インプラント埋入	直径	リスト	全メーカー	別データにて提示
必須項目	インプラント埋入	長さ	リスト	全メーカー	別データにて提示
	インプラント埋入	ロット	直接入力		
	インプラント埋入	縫合材質	リスト	吸収性、非吸収性(シルク、ナイロン、ポリプロピレン、PTFE)	
必須項目	インプラント埋入	サージカルガイド	有・無		
	インプラント埋入	埋入深度	リスト	0 mm、0 ～ 1 mm、1 ～ 2 mm、2 ～ 3 mm、3 mm ～ 4 mm、4 mm 以上	
	インプラント埋入	インプラント体埋入時トルク値	リスト	0 N/cm、1 0 N/cm、1 5 N/cm、2 0 N/cm、2 5 N/cm、3 0 N/cm、3 5 N/cm、4 0 N/cm、4 5 N/cm、5 0 N/cm 以上	
	インプラント埋入	インプラント体埋入時ペリオテスト	リスト	－ 8 ～ 0、0 ～ 9、1 0 ～ 1 9、2 0 ～ 2 9、3 0 ～ 5 0	
	インプラント埋入	インプラント体埋入時ISQ値	リスト	6 0 未満、6 0 ～ 6 9、7 0 以上	
必須項目	インプラント埋入	インプラント埋入術式	リスト	1回法、2 回法、抜歯即時埋入	
	インプラント埋入	荷重方法	リスト	即時負荷、早期負荷、待時（通常）負荷	
	インプラント埋入	骨造成からインプラント体埋入までの期間 ☒	リスト	0 ～ 3 ヶ月、3 ～ 6 ヶ月、6 ～ 9 ヶ月、9 ～ 1 2 ヶ月、1 2 ヶ月以上	
必須項目	インプラント埋入	骨造成併用	有・無	有なら下記の項目に移動できるように設定してください	便利ボタン
	インプラント埋入	歯周外科併用	リスト	リグロス、エムドゲイン、CTG、FGG、APF、CAF、CGF、PRP、なし	複数項目選択可能に
必須項目	骨造成	骨造成実施日	直接入力	カレンダー	
必須項目	骨造成	骨造成術式	リスト	GBR、ソケットリフト、サイナスリフト、スプリットクレフト、インレーグラフト、ベニアグラフト、オンレーグラフト、サンドイッチグラフト	
必須項目	骨造成	移植材料	リスト	混合溶液の種類の項目を含む	別データにて提示
必須項目	骨造成	メンブレンの種類	リスト	吸収性、非吸収性	別データにて提示
	骨造成	既存骨高径	直接入力	数値	
	骨造成	既存骨幅	直接入力	数値	
	骨造成	骨造成時骨高径	直接入力	数値	
	骨造成	骨造成時骨幅	直接入力	数値	
	骨造成	最終評価時骨高径	直接入力	数値	
	骨造成	最終評価時骨幅	直接入力	数値	
	二次手術	二次手術実施日	直接入力	カレンダー	
	二次手術	インプラント体埋入時ペリオテスト	リスト	－ 8 ～ 0、0 ～ 9、1 0 ～ 1 9、2 0 ～ 2 9、3 0 ～ 5 0	
	二次手術	インプラント体埋入時ISQ値	リスト	6 0 未満、6 0 ～ 6 9、7 0 以上	
	二次手術	歯周外科併用	有・無	リグロス、エムドゲイン、CTG、FGG、APF、CAF、CGF、PRP	複数項目選択可能に
	二次手術	縫合材質	リスト	吸収性、非吸収性(シルク、ナイロン、ポリプロピレン、PTFE)	
必須項目	インプラント補綴	荷重時期	直接入力	カレンダー	
必須項目	インプラント補綴	印象方法	リスト	クローズトレー法、オープントレー法、光学印象	
必須項目	インプラント補綴	上部構造素材	リスト	ジルコニア、陶材焼付製造冠、レジン前装冠、全部製造冠、ハイブリットセラミックス	

必須／任意	分類	入力項目	入力形式	入力内容の候補	備考
必須項目	インプラント補綴	プロビジョナル装着方法	リスト	セメント（酸化亜鉛ユージノール系仮着材、非ユージノール系仮着材、カルボキシレート系仮着材、レジン系仮着材、リン酸亜鉛セメント、ポリカルボキシレートセメント、ガラスアイオノマーセメント、レジン強化型ガラスアイオノマーセメント）、スクリュー	
必須項目	インプラント補綴	上部構造装着方法	リスト	セメント（酸化亜鉛ユージノール系仮着材、非ユージノール系仮着材、カルボキシレート系仮着材、レジン系仮着材、リン酸亜鉛セメント、ポリカルボキシレートセメント、ガラスアイオノマーセメント、レジン強化型ガラスアイオノマーセメント）、スクリュー	
必須項目	インプラント補綴	アパットメント	リスト	チタン、ジルコニア、金属系合金	
	インプラント補綴	咬合接触面積	直接入力	数値	
	インプラント補綴	咬合接触の確認方法	リスト	咬合紙、メタルストリップス、シリコーン、歯科用咬合力計	
	インプラント補綴	近遠心コンタクトポイント	リスト	近心（0 μm、5 0 μm未満、5 0～1 1 0 μm、1 1 0～1 5 0 μm、1 5 0 μm以上、不明）、遠心（0 μm、5 0 μm未満、5 0～1 1 0 μm、1 1 0～1 5 0 μm、1 5 0 μm以上、不明）	
	インプラント補綴	連結様式	リスト	インダイレクト、ダイレクト	
必須項目	インプラント補綴	最終上部構造装着日	直接入力	カレンダー	
必須項目	インプラント補綴	最終上部構造装着後パノラマX線検査	直接入力	カレンダー	
必須項目	メンテナンス	2年経過症例パノラマX線検査撮影日	直接入力	カレンダー	
必須項目	メンテナンス	3年経過症例パノラマX線検査撮影日	直接入力	カレンダー	
必須項目	メンテナンス	疼痛	有・無		
必須項目	メンテナンス	インプラント周囲ポケット	リスト	0～1 mm、1～2 mm、2～3 mm、3～4 mm、4～5 mm、5～6 mm、6 mm以上	
必須項目	メンテナンス	インプラント周囲出血	有・無		
必須項目	メンテナンス	インプラント周囲粘膜発赤	有・無		
必須項目	メンテナンス	インプラント周囲粘膜腫瘍	有・無		
必須項目	メンテナンス	インプラント周囲からの排膿	有・無		
	メンテナンス	経年的垂直性骨吸収量	直接入力	数値	
	メンテナンス	近心隣在歯の抜歯・破折	有・無		
	メンテナンス	遠心隣在歯の抜歯・破折	有・無		
	メンテナンス	対合歯咬耗	有・無		
	メンテナンス	対合歯破折	有・無		
	メンテナンス	咬合不安定	有・無		
	メンテナンス	マウスピース(ナイトガード)装着	有・無	有（ソフトタイプ、ハードタイプ）	
	インプラント周囲炎・トラブル	インプラント周囲炎による骨吸収量	有・無	有（0～1 スレッド、1/3、1/3～1/2、1/2～2/3、～根尖部）	
	インプラント周囲炎・トラブル	インプラント周囲炎治療	リスト	スケーリング、レーザー、LDDS、GBR、撤去	
	インプラント周囲炎・トラブル	インプラント体の動揺	有・無		
	インプラント周囲炎・トラブル	インプラント体脱落	有・無		
	インプラント周囲炎・トラブル	インプラント体破折	有・無		
	インプラント周囲炎・トラブル	補綴スクリューの緩み	有・無		
	インプラント周囲炎・トラブル	補綴スクリューの破折	有・無		
	インプラント周囲炎・トラブル	上部破折	有・無		
	インプラント周囲炎・トラブル	上部脱離	有・無		
	インプラント周囲炎・トラブル	その他の有害事象	リスト	神経損傷、知覚異常、パーフォレーション、上顎洞迷入、上顎洞炎、誤飲・誤嚥、薬剤アレルギー	
	全身疾患	糖尿病	有・無	有（空腹血糖値 スコア直接入力 mg/dl、HbA1c スコア直接入力 %）	
	全身疾患	骨粗鬆症	有・無	有（薬剤名____、服薬歴 ____ヶ月or年）	
	全身疾患	金属アレルギー	有・無	有（チタン、ニッケル、コバルト、クロム、パラジウム、金、水銀、銅）	
	全身疾患	高血圧	有・無	有（収縮期高血圧）140-159、160-179、180以上	
	全身疾患	呼吸器系疾患	有・無	有（喘息、COPD（慢性閉塞性肺疾患）、肺炎、慢性呼吸不全、肺癌）	

必須／任意	分類	入力項目	入力形式	入力内容の候補	備考
	全身疾患	消化器系疾患	有・無	有（食道疾患：逆流性食道炎、食道癌、嚥下障害、胃疾患：胃炎、胃潰瘍、胃癌、小腸・大腸疾患：腸炎、過敏性腸症候群（IBS）、潰瘍性大腸炎、クローン病、大腸癌、肝臓疾患：肝炎、脂肪肝、肝硬変、肝癌、胆道・膵臓疾患：胆石症、胆嚢炎、膵炎、膵癌）	
	全身疾患	自己免疫疾患	有・無	有（関節リウマチ、アレルギー）	
	全身疾患	循環器疾患	有・無	有（不整脈、先天性心疾患、狭心症、心筋梗塞、心筋症、閉塞性動脈硬化症（ASO、PAD）、大動脈瘤、心筋症、大動脈解離、脳梗塞、脳出血、くも膜下出血、一過性脳虚血発作（TIA）、脳塞栓症）	
	全身疾患	パーキンソン	有・無		
	全身疾患	認知症	有・無	有（アルツハイマー型認知症、血管性認知症、レビー小体型認知症、前頭側頭型認知症、正常水頭症）	
	全身疾患	その他の悪性腫瘍	リスト	口腔癌、咽頭癌、喉頭癌、乳癌、前立腺癌、、子宮頸癌、子宮体癌、卵巣癌、腎癌、膀胱癌、甲状腺癌	
	全身疾患	脂質異常症	有・無		
	全身疾患	肥満症	有・無	有（（BMI）25以上、30以上、）	
	全身疾患	甲状腺機能亢進症	有・無		
	全身疾患	甲状腺機能低下症	有・無		
	全身疾患	腎疾患	有・無	有（（eGFR）60未満、60～89、90以上）	
	全身疾患	透析	有・無		
	全身疾患	B型肝炎の既往	有・無		
	全身疾患	C肝炎の既往	有・無		
	全身疾患	治療歴	有・無	有（放射線治療、抗がん剤治療、その他）	その他は記入欄
	口腔機能低下症	舌苔付着程度（TCI）			基準未満、TCI 50%以上（口腔衛生状態不良）
	口腔機能低下症	咬合力	リスト	デンタルプレスケールⅡ、オラモ、オラモ2	500N未満、500N以上
	口腔機能低下症	残存歯数	直接入力	本	
	口腔機能低下症	舌口唇運動機能	直接入力	パ____回/秒・タ____回/秒・カ____回/秒（いずれか1音）	6回/秒未満、6回/1秒以上
	口腔機能低下症	舌圧	JMS舌圧計	30kPa未満、30kPa以上	
	口腔機能低下症	咀嚼機能	グルコース溶出量（グルコセセンサー）	100mg/dl未満、100mg/dl以上	
	口腔機能低下症		咀嚼能率スコア法（グミゼリー）	咀嚼能率スコア 2 以下、咀嚼能率スコア 3 以上	
	口腔機能低下症	嚥下機能	EAT10	3以上、2以下	
	口腔機能低下症		聖隷式嚥下質問紙	該当あり、該当なし	
	口腔機能低下症	その他咀嚼機能	RSST(反復唾液嚥下テスト)	30秒に3回未満、30秒に3回以上	
	口腔機能低下症		MWST(改訂水飲みテスト)	3点以下、4点以上	
	口腔機能低下症	要介護度	リスト	自立、要支援 1、要支援 2、要介護 1、要介護 2、要介護 3、要介護 4、要介護 5	
	未来院状況	来なくなった理由	リスト	不明・連絡不通・転居・施設入居・入院・死亡	
	患者基本情報	喫煙本数	有・無	有（__本/日）	
	患者基本情報	飲酒	有・無	有（ 合/日）	
		QOL	OHIP	記入欄	
			GOHAI	記入欄	