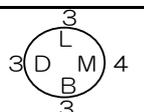
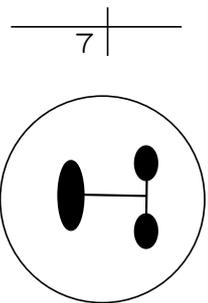


専門医申請用 症例報告用紙

申請者氏名 (漢字記載)	歯内 太郎		症例番号 ①・2・3・4・5			
患者氏名 (イニシャル記載)	M.H		性別	年齢	治療部位	
			①男・女	60歳	7	
主訴	右下奥歯が痛い		患歯の既往歴	特記事項なし		
全身所見	<既往歴> ■特記事項なし ■血圧(正常/異常 ~) □貧血 □心疾患 □肝疾患 □腎疾患 □糖尿病 □膠原病 □内分泌疾患 □リウマチ熱 □結核 □喘息 □性病 □悪性腫瘍 □出血傾向 □妊娠 □アレルギー(薬____食____その他____) □その他 <家族歴> ■特記事項なし □肝疾患 □その他() □アレルギー()					
患歯の現病歴	発症時期: 3カ月前 その時の状態: 食事中に一過性の痛みがあった。 その後の状態: 強く長く続く痛みになった。		現症	■自発痛あり □なし 性状: 激・鈍不快 持続時間: 一過性・間けつ性・持続性 ■誘発痛あり □なし 原因: 冷・温咬合時・食片嵌入時 性状: 激・鈍不快 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 checked="" 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 ■う蝕 <input type="checkbox"/> 不良補綴物 <input type="checkbox"/> 器具の破折 ■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) ■打診痛(垂直) <input type="checkbox"/> 動揺度 ■0 □1 □2 □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	■温反応あり □冷反応あり □反応無し 持続時間(1分 30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 ■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	■反応あり <input type="checkbox"/> 反応なし <input type="checkbox"/> 診査せず		
	歯槽骨吸収度	<input type="checkbox"/> 0 ■1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 度	考えられる原因	■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 4 mm 					
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 ■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
2012	11月1日	XR, 浸潤麻酔, 遠心隔壁, RD, 抜髄, 根管洗浄, 水酸化カルシウム貼薬, 二重仮封
	/	解熱鎮痛消炎剤, ロキソニン2日分投薬
2012	11月15日	RD, 作業長測定, XR, 根管形成終了, 根管洗浄, 水酸化カルシウム貼薬, 二重仮封
2012	11月25日	RD, 根管洗浄, 根管乾燥, 根管充填, XR, 仮封
2012	12月15日	支台築造, 歯冠形成, 暫間被覆冠仮着
2012	12月23日	Cr印象, BT, 暫間被覆冠仮着
2013	1月7日	Cr装着
2013	2月26日	経過観察(3か月), XR
2013	5月28日	経過観察(6か月), XR

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. デンテック#200	MB	19.5 mm	# 30		<input checked="" type="checkbox"/> at apex <input type="checkbox"/> over _____ mm <input type="checkbox"/> under _____ mm	
ML		19.0 mm	# 30	<input checked="" type="checkbox"/> at apex <input type="checkbox"/> over _____ mm <input type="checkbox"/> under _____ mm			
D		18.5 mm	# 40	<input checked="" 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			
		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"/> プローチ綿花 <input checked="" type="checkbox"/> ペーパー ポイント <input checked="" type="checkbox"/> エンド用 サクシオン <input type="checkbox"/> その他 ()		<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 水硬性セメント <input type="checkbox"/> 光重合セメント <input checked="" type="checkbox"/> その他 (グラマスアイオ ノマー セメント)	方法 <input checked="" type="checkbox"/> 側方加圧法 <input type="checkbox"/> 垂直加圧法 <input type="checkbox"/> その他 ()	材料 <input checked="" 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 checked="" 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	
2013/2/26	3か月	—	—	—	—	経過良好
2013/5/28	6か月	—	—	—	—	経過良好
/ /	年 か 月					
/ /	年 か 月					