別紙１２

歯科矯正症例申立書

　　　　　　　　　　　　　　　　　※　口蓋裂の症例のみ対象としてください。

１　歯科矯正症例数等

(1) 歯科矯正臨床従事期間

　　自　　　　年　　　月

　　至　　　　年　　　月　　（計　　　年　　　月）

(2) 歯科矯正症例数

　　　　　　　　　　　件

２　歯科矯正症例（直近時の５症例）

　症例１

　 (1)　初診日

　 (2)　初診時年齢

　 (3)　裂型

　 (4)　現症

(5)　診断

(6)　治療方針

(7)　治療経過

　症例２

　 (1)　初診日

　 (2)　初診時年齢

　 (3)　裂型

　 (4)　現症

(5)　診断

(6)　治療方針

(7)　治療経過

（別紙１２つづき）

　症例３

　 (1)　初診日

　 (2)　初診時年齢

　 (3)　裂型

　 (4)　現症

(5)　診断

(6)　治療方針

(7)　治療経過

　症例４

　 (1)　初診日

　 (2)　初診時年齢

　 (3)　裂型

　 (4)　現症

(5)　診断

(6)　治療方針

(7)　治療経過

　症例５

　 (1)　初診日

　 (2)　初診時年齢

　 (3)　裂型

　 (4)　現症

(5)　診断

(6)　治療方針

(7)　治療経過

上記に相違ありません

　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　医療機関名

　　　　　　　　　　　　医　師　名　　　　　　　　　　　　　　印