

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1 2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