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 |  |