

|                       |  |   |
|-----------------------|--|---|
| 研修施設名<br>診療科名         |  |   |
| 施設の長<br>職名・氏名<br>(自筆) |  | 印 |

症例記録一覧

申請者氏名： \_\_\_\_\_

| 提示症<br>例番号 | 各施設での<br>症例番号<br>(管理番号) | 所属医療機関名          | 性別 | 動的治療<br>開始時年齢 | 術前矯正<br>終了時年齢 | 動的治療<br>終了時年齢 | 診断名  |
|------------|-------------------------|------------------|----|---------------|---------------|---------------|------|
| 1          |                         |                  |    |               |               |               |      |
| 2          |                         |                  |    |               |               |               |      |
| 3          |                         |                  |    |               |               |               |      |
| 4          |                         |                  |    |               |               |               |      |
| 5          |                         |                  |    |               |               |               |      |
| (例)        | 12345                   | ○△大学附属病院<br>矯正歯科 | M  | 26歳3か月        | 27歳10か月       | 29歳1か月        | B, E |

| 提示症<br>例番号 | 使用装置    | 手術方法            | 手術施行医療機関名        | 固定方法      | 動的治療期間 | 指導をした<br>上級医 氏名<br>会員番号 |
|------------|---------|-----------------|------------------|-----------|--------|-------------------------|
| 1          |         |                 |                  |           |        |                         |
| 2          |         |                 |                  |           |        |                         |
| 3          |         |                 |                  |           |        |                         |
| 4          |         |                 |                  |           |        |                         |
| 5          |         |                 |                  |           |        |                         |
| (例)        | MB, TAD | L: 下顎枝矢状<br>分割術 | ○△大学附属病院<br>口腔外科 | 吸収型プレート固定 | 2年10か月 | ○○ ○○<br>12345          |

【記入上の注意点】

- 診断 A: 上顎前突  
 B: 下顎前突  
 C: 上下顎前突  
 D: 開咬  
 E: 顔面非対称  
 F: その他 (その他の場合は診断を記載してください。)

使用装置 MB: マルチブラケット装置      NHA: ナンスのホールディングアーチ  
 UEx: 上顎拡大装置                      HG: ヘッドギア  
 TPA: トランスパラタルアーチ        LA: リンガルアーチ  
 TAD: 矯正用アンカースクリュー      その他は適宜装置名を記載すること

手術方法                      上顎骨: U  
                                     下顎骨: L  
                                     オトガイ形成術: GeP

\*指導をした上級医は顎変形症学会会員である必要があります。