

研修施設名 診療科名		
医療施設長 職名・氏名（自筆）		印

症例記録一覧

申請者氏名： \_\_\_\_\_

選択  
症例1  
選択  
症例2

提示症 例番号	各施設での 症例番号 (管理番号)	所属医療機関名	性別	動的治療 開始時年齢	術前矯正 終了時年齢	動的治療 終了時年齢	動的治療期間
1							
2							
3							
4							
5							
(例)	A54321	○△大学附属病院矯正歯 科	M	26歳3か月	27歳10か月	29歳1か月	2年10か月

提示症 例番号	診断名	使用装置	手術方法	手術施行 医療機関名	固定方法
1					
2					
3					
4					
5					
(例)	B, E	MB, TAD	L：下顎枝矢状分割術	○△大学附属病院 口腔外科	吸収型プレート 固定

【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
- UEx: 上顎拡大装置
- TPA: トランスパラタルアーチ
- TAD: 矯正用アンカースクリュー
- NHA: ナンスのホールディングアーチ
- HG: ヘッドギア
- LA: リンガルアーチ
- 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

## 症例の重複確認

- ・申請症例は担当医と主に指導した上級医の2名のみ重複して申請できます。
- ・それぞれの申請者が提出する申請書は整合性が得られるようにご記載ください。
- ・担当医と上級医のそれぞれの申請書に記載された症例のみ申請を認めます。
- ・どちらか一方が先に申請する場合は後の申請時に確認いたします。
- ・指導した上級医が複数いる場合は、主に指導をした上級医1名のみが担当医の症例を使用できます。
- ・後に2名を超えた症例の重複が発覚した場合は認定医取り消しとなりますのでご注意ください。

該当箇所にチェックしてください。

- 今回症例を重複して使用し、2名の申請者が同時に申請する。
- 以前の申請で使用した症例で申請する。
- 今回以降の申請で使用する予定
- 重複での申請の予定なし

今回の申請で  担当医として申請（提示症例番号 \_\_\_\_\_）

指導した上級医として申請（提示症例番号 \_\_\_\_\_）

重複症例にチェックし記入してください。

	提示症例番号	担当医の氏名 会員番号	上級医の氏名 会員番号	各施設での 症例番号 (管理番号)	以前の申請で使用し た場合 申請年	今後申請予定
<input type="checkbox"/>	1					
<input type="checkbox"/>	2					
<input type="checkbox"/>	3					
<input type="checkbox"/>	4					
<input type="checkbox"/>	5					
	(例)	〇〇 〇〇 12345	〇〇 〇〇 88888	A54321	2023年	2025年 申請予定

**\*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。**

- ・今回および今後症例を重複して申請もしくは申請予定の場合  
申請書に記載された症例のみ申請を認めますのでご注意ください。