

◆ 伝達事項 (任意記載)

< 歯式 >

不明

診査日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	
	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	

8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

上
右
下

上
左
下

< 記入例 >	
健全歯：	/
未処置歯：	C
処置歯：	○
要補綴歯：	△
欠損補綴歯：	欠補

< 治療経過、特別な配慮、歯科診療で困ったこと等 >