義歯製作連携シート

年　月　日記入

患者名： 主訴と要望	歯科医師氏名： 診査見解	技工士： 分析見解

性別：　年齢：　家族(　人)・独居
顔貌：上顎前突・普通・下顎前突・丸顔・四角・三角
身長：高い・普通・低い　体格：痩せ・普通・太っている
基礎疾患：
自立度：要支援要介護・障害
手足可動域右手不自由・左手不自由・両手不自由　杖　車いす　認知問題(あり・なし)

義歯既往歴
義歯装着開始時期：
現義歯製作時期：
使用期間：

現在使用義歯
バータイプ　・　床タイプ
なし

現義歯問題点
義歯管理状態：良好・清掃不良(不良部位：　)
不快症状部位　なし・あり（理由：　）
疼痛部位　なし・あり
審美障害　なし・あり
発音障害　なし・あり（現装着義歯との因果関係　なし・あり）
摂食可能食品(調理形態を含む：　)
摂食希望食品(調理形態も含む：　)
摂食嚥下障害　なし・あり(所見　：　)

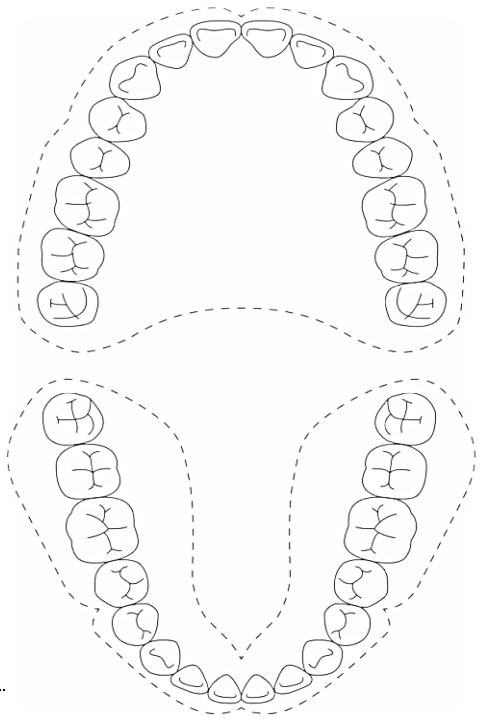
スタッフ記入補足事項

歯科医師が診査するまでにスタッフ記入

歯科医師　年　月　日記入
歯科技工士　年　月　日記入

口腔内診査
残存歯診査
歯肉炎・歯周炎
（広汎軽度・広汎中等度・広汎重度限局的重度歯周炎）
外傷歯　なし・あり(部位：　)
根尖病巣　なし・あり(部位：　)
根管治療行わず経過観察(将来抜歯予定菌)
歯根破折　なし・あり(部位：　)
長期保存が期待できない残存歯　なし・あり
(部位：　理由：　)
歯軸問題　なし・あり(部位　)
咬耗および歯冠長問題　なし・あり
(部位：　補綴処置必要　なし・あり)
咬合再構成
必要なし・必要あり・必要はあるが咬合再構成は行わない
クラウン、ブリッジ補綴やり替え　必要なし・必要あり(部位：　)
咬合平面：正常・破壊・高径・湾曲
水平的顎位：安定・不安定・偏位ありなし
主咀嚼側：右側・左側・不明

粘膜および義歯床下組織診査
口腔周囲筋・弾性あり・弾性なし
フラビーガム粘膜治療後新製　なし・あり(部位：　)
骨隆起除去　なし・あり(部位：　)　除去予定　なし・あり
顎堤高度吸収(部位：　)
歯槽骨鋭縁部(部位：　)
下歯槽管開口部へのリリーフ(必要なし・必要あり)



義歯設計図

歯軸問題なし・あり(部位　)
咬耗および歯冠長問題　なし・あり(部位：　補綴処置必要なし・あり)
咬合再構成 必要なし・必要あり(部位：　)
クラウン、ブリッジ補綴やり替え　必要なし・必要あり(部位：　)
顔貌：上顎前突・普通・下顎前突・丸顔・四角・三角
咬合平面：正常・崩壊・高径・湾曲

正中訂正：

栃木県宇都宮市下岡本町4552-14
INCメディカルサービス株式会社
代表取締役　五十嵐尚美