

症例展示の要旨

氏名 _____ (ローマ字)
所属 _____ 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日提出

タイトル _____

初診時年齢 _____ yer ____ mos 男・女 治療開始年齢 _____ yer ____ mos 治療開始日 _____ 年 ____ 月 ____ 日

主 訴 _____

全身既往所見 _____

口腔内及びX線写真所見 _____ Angle _____ overjet _____ mm _____ overbite _____ mm

頭部X線規格写真 _____

顎関節・歯周所見など _____

診断及び治療方針 _____

使用した装置 _____ 抜歯部位 _____

治療経過 _____

動的治療期間 _____ yer ____ mos 保定期間 _____ yer ____ mos 保定装置 (上顎)

治療結果と考察 _____ (下顎)