

# 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 \_\_\_\_\_

治療前資料採取日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ か月 男・女

動的治療開始時 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ か月

主 訴 \_\_\_\_\_

全身既往所見 \_\_\_\_\_

口腔内及びX線写真所見 \_\_\_\_\_ Angle Class \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_

抜歯部位

使用した装置 \_\_\_\_\_

治療経過 \_\_\_\_\_

動的治療終了時 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ か月 動的治療期間 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ か月

保定期間 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ か月 保定装置 (上顎) \_\_\_\_\_ (下顎) \_\_\_\_\_

治療結果と考察 \_\_\_\_\_