

試験ケース認定番号 _____

患者年齡：_____ 歲 性別（男、女）

Figure 1: Diagram of a maxillary central incisor showing tooth numbering. The diagram shows a tooth with a root and a crown. The root is divided into segments numbered 1 to 8 from the apex to the root crown. The crown is divided into segments numbered 1 to 8 from the root crown to the incisal edge. A vertical line separates the root segments from the crown segments.

A.主 訴 (患者の言葉で)

B.病名 (A(要因)によるB(障害))

C. 欠損の既往歴

- 1) 欠損の主な原因
☐ う蝕 ☐ 歯周病 ☐ 外傷 その他 ()
- 2) 義歯の経験 : あり ・ なし
- 現在の義歯 : あり ・ なし (あり の場合は、D. 旧義歯の診査へ)

D. 診 査

· 全身健康狀態

- 1) 患者評価: □: とても良い □: 良い □: ふつう □: 悪い
2) 特記事項: あり()・なし

II. 習癖

- 1) 飲食回数 : _____ 回/日 間食回数: _____ 回/日
2) 喫煙 : あり (_____ 本/日) ・ なし
3) 睡眠時ブラキシズム

睡眠時ブラキシズムの自覚 : あり ・ なし

睡眠同伴者により確認された歯ぎしり : あり・なし

(過去6ヶ月、週3日以上)

- i) 咬耗(象牙質露出を伴う咬耗が3歯以上に認められる) : あり・なし
- ii) 起床時の(関節)頸筋の疲労や痛み : あり・なし
- iii) 噛みしめ時の咬筋の顕著な肥大 : あり・なし

睡眠時ブラキシズム判定 : あり・なし

判定基準

あり かつ あり かつ のうち一つ以上あり → プラキシズムあり

睡眠同伴者がいない場合: あり かつ のうち2つ以上あり→ プラキシズムあり

頸機能障害

顎関節の痛み（患者の自覚）：あり・なし

開口障害（開口量 40mm 以下）：あり・なし

IV. 口腔内

- 1) 残存歯数 上顎 _____ 歯 下顎 _____ 歯 合計 _____ 歯
- 2) 咬合支持数 前歯部 _____ 箇所 臼歯部 _____ 箇所 合計 _____ 箇所
- 3) Kennedy 分類 上顎 (級 類) 下顎 (級 類)
- 4) Eichner 分類 ()
- 5) 宮地分類(咬合三角) 第 エリア
- 6) 側方咬合様式 (犬歯尖頭位での咬合接触)

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

評価方法

頬側面、舌側面、近心面、遠心面を評価し、最高点を記録する。

評估基準

0 : 歯面の部分に歯垢がない場合、

- 1：遊離歯肉辺縁とそれに接している歯面に薄膜が付着している場合、歯垢が探針を歯面に沿って走らせるときのみにみられる場合。
- 2：歯肉ポケット内または、歯肉縁上に、あるいはそれに接している歯面に、肉眼的に認めることができる柔らかい付着物が少量から中程度に堆積している場合。
- 3：歯肉ポケット内または、歯肉縁上に、あるいはそれに接している歯面に、大量の歯垢が堆積している場合。

・残存歯

- 1) 動揺度 (0: 動揺なし, 1: 頬舌, 2: 近遠心, 3: 上下)

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

- 2) ポケット深度 (6点法の最深部: mm, プロービング時の出血には○をつける)

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

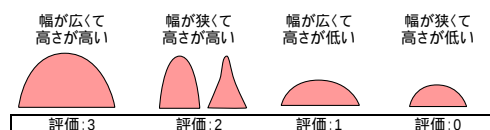
- 3) 齒槽骨の吸収 (0: X - P上で吸収が歯根の1/3 以内, 1: 歯根の 1/3 ~ 1/2, 2: 歯根の 1/2 以上)

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

. 顎堤 (臼歯部のみ評価)

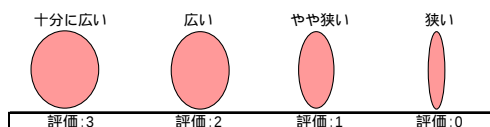
1) 断面形態

	右側臼歯部	左側臼歯部
上顎		
下顎		



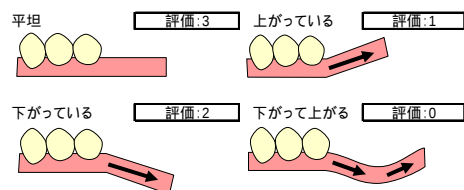
2) 面積

	右側臼歯部	左側臼歯部
上顎		
下顎		



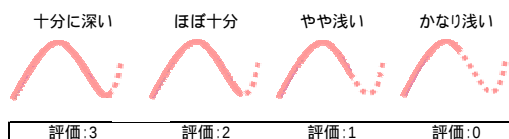
3) 走行 (中間欠損は評価:3とする)

	右側臼歯部	左側臼歯部
上顎		
下顎		



4) 付着歯肉の位置

	右側臼歯部	左側臼歯部
上顎		
下顎		



5) 粘膜の性状

	右側臼歯部	左側臼歯部
上顎		
下顎		

硬くて被圧に対して抵抗力があるもの …………… 評価: 3
 弾性があり被圧に対して抵抗力がないもの …………… 評価: 2
 弾性があり一部フラビーも認められるもの …………… 評価: 1
 弾性がありフラビーが広範囲に認められるもの …………… 評価: 0

6) 総合評価 (1) ~ 4) の評価スコアの合計

	右側臼歯部	左側臼歯部
上顎		
下顎		

7) 備考 (発達した下顎隆起, 口蓋隆起, 前歯部顎堤のフラビーなどあれば記載)

E . 旧 義 歯 の 診 査

. 製作時期

上顎 : 約 _____ ヶ月前 or _____ 年前

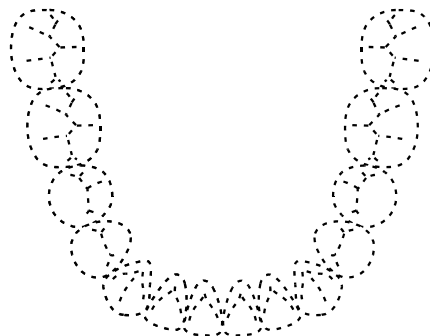
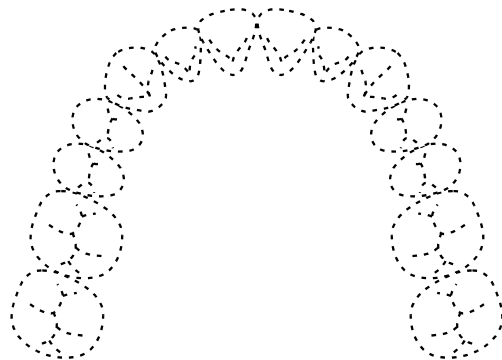
下顎 : 約 _____ ヶ月前 or _____ 年前

. 装着状況

上顎 () 下顎 ()

1. 常時 (就寝時も装着)
 2. 日中常時
 3. 食事時のみ
 4. 食事の時以外
 5. 外出時のみ
 6. 使用していない
- 3~6 の場合その期間と理由を記載

. 現義歯の設計



1) 義歯の種類

上顎 : ☐ 金属床 ☐ レジン床
 下顎 : ☐ 金属床 ☐ レジン床

2) 人工歯の種類

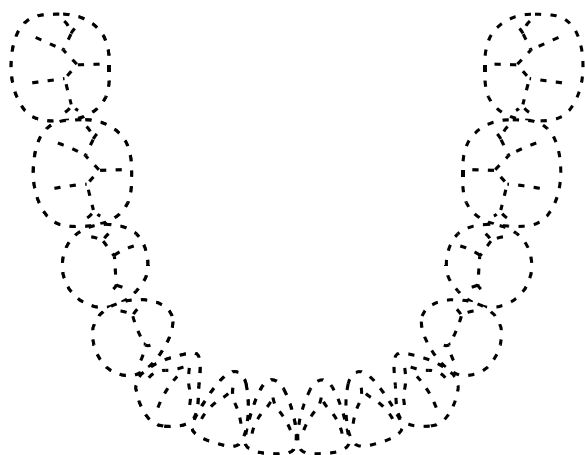
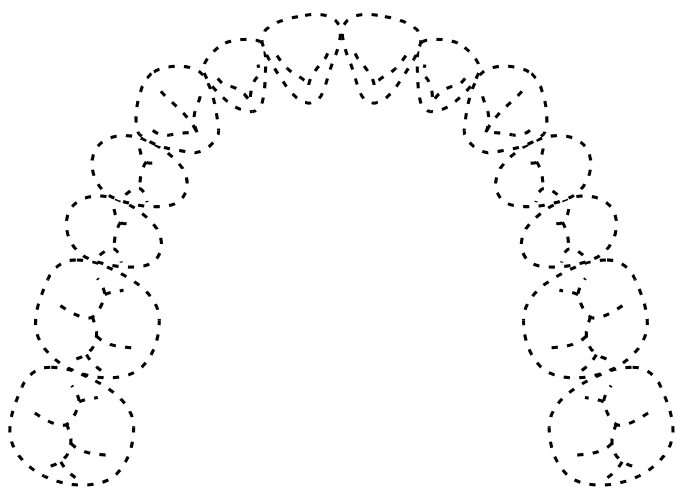
上顎 : ☐ レジン歯 ☐ 硬質レジン歯 その他 ()
 下顎 : ☐ レジン歯 ☐ 硬質レジン歯 その他 ()

3) リライニング歴 : あり () ・ なし

4) 破損, 修理歴 : あり (部位) ・ なし

5) 問題点 (術者の見解)
 ()

新義齒の設計図

[illegible][illegible]

上顎： ☐ 最終義齒 ☐ 即時義齒 ☐ 治療用義齒
下顎： ☐ 最終義齒 ☐ 即時義齒 ☐ 治療用義齒

上顎： ☐ 金属床 ☐ レジン床
下顎： ☐ 金属床 ☐ レジン床

部位	処置内容

部位	処置内容

部位	種類

金属 上顎: _____ 下顎: _____
床用レジン(色) 上顎: _____ 下顎: _____
人工歯(種類・形態・色)

	前齒	臼齒
上顎		
下顎		

6) 咬合高径の変更 : あり (+・- mm) ・ なし

7) 半調節性咬合器, フェイスボウトランフアー, チェックバイト : あり・なし

G. 術後経過

- 1) 義歯装着日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
- 2) 調整終了日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
- 3) 新義歯装着からの調整終了までの期間 _____ヶ月 _____日
- 4) 調整回数 _____ 回
- 主な調整内容 (_____)
- 5) 残存組織の評価
- (1) 支台歯の状態 (動揺, 痛み, 歯周組織)
- 問題点: あり(_____) ・ なし
- (2) 顎堤の状態 (潰瘍, 動揺, 痛み, 歯周組織)
- 問題点: あり(_____) ・ なし
- 6) 術者による義歯の評価
- (1) 義歯の安定
- ☐ とてもよい ☐ よい ☐ あまり良くない ☐ 良くない
- (2) 義歯の審美性
- ☐ とてもよい ☐ よい ☐ あまり良くない ☐ 良くない

H. 患者評価

1) 口腔関連 QoL				
		術前		術後
OHIP-J 合計得点		_____		_____
機能の制限		_____		_____
痛み		_____		_____
心理的不快感		_____		_____
身体障害		_____		_____
心理的障害		_____		_____
社会的障害		_____		_____
ハンディキャップ		_____		_____
日本語追加項目		_____		_____
2) 義歯満足度				
		上顎		下顎
	術前	術後	術前	術後
不快感	_____	_____	_____	_____
咀嚼能力	_____	_____	_____	_____
食事	_____	_____	_____	_____
会話	_____	_____	_____	_____
臭い	_____	_____	_____	_____
清掃性	_____	_____	_____	_____
義歯の安定	_____	_____	_____	_____
審美性	_____	_____	_____	_____
社会活動	_____	_____	_____	_____
満足度	_____	_____	_____	_____
必要度	_____	_____	_____	_____

3) 咀嚼能力 (摂取可能食品アンケート)		
	術前	術後
合計スコア	_____	_____

ステップ表

ステップ	日付	ライター印
ケース認定 (ヘッドライター)		
概形印象, 術前診査, アンケート, 口腔内写真		
治療方針(術前教授診)		
前処置(GP, レストシート等)		
最終印象		
咬合採得		
試適(排列, メタルフレーム)		
装着		
調整終了(術後教授診)		
術後診査, アンケート, 口腔内写真		

フェイスボウトランスファー		
半調節咬合器への装着		
チェックバイト・顎路調整		

ケース終了後の対応

- ☐ 引き続き1総診で治療 (内容: _____)
- ☐ 引き続き1総診でメンテナンス, 次の学年に引き継ぎ
- ☐ 義歯外来に引き上げ (担当医: _____)
- ☐ その他の専門外来に引き上げ (_____ 外来)