

報告症例記録（ミニレポート）一覧

矯正歯科分野

申請者氏名：

書式5

提示症例番号	所属医療機関名	性別	初診時年齢	動的治療開始時年齢 (第一期)	顎裂部骨移植時年齢	動的治療開始時年齢 (第二期)	*診断名 (裂型と不正咬合)
1							
2							
3							
4							
5							
(記載例)	○△大学病院矯正歯科	M	5歳3か月	8歳3か月	8歳8か月	14歳8か月	第一期：左側唇顎口蓋裂 および裂側中切歯近心捻 転をともなう前歯部反対 咬合 第二期：Angle Class II subdivision (片側I級、 片側II級) 叢生

提示症例番号	使用装置	*治療内容	口唇形成手術施行 医療機関名	口蓋形成手術施行 医療機関名	言語治療実施 医療機関名	顎裂部骨移植施行 医療機関名
1						
2						
3						
4						
5						
(記載例)	セクショナルアーチ、 マルチブラケット	B, C	○△大学病院 形成歯科	○△大学病院 口腔外科	○△大学病院 言語治療室	○△大学病院 口腔外科

【記入上の注意点】

*診断名：唇顎口蓋裂と不正咬合の状態を記載。

*治療内容の欄には；

- A：第一期治療のうち顎裂部骨移植と関連しない矯正治療
- B：顎裂部骨移植に関連する矯正治療
- C：マルチブラケット装置を用いた全顎的な矯正治療（外科的矯正治療以外）
- D：外科的矯正治療
を記載（複数選択可）