

診療実績記録提示症例リスト

申請者氏名 _____ 印

番号	貴医院の 症例番号	患者氏名	性別	治療開始 年齢	主 訴 (特徴)	診断名 (咬合分類)	抜 歯 (部位) 有無	使 用 装 置 治 療 術 式	治 療 期 間
1				y m					y m
2				y m					y m
3				y m					y m
4				y m					y m
5				y m					y m
6				y m					y m
7				y m					y m
8				y m					y m
9				y m					y m
10				y m					y m

(注) 一般症例、口唇裂口蓋裂、その他に分類する必要はない。用紙 A4サイズ複写可。